This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY,
19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DE LYON

Digitized by Google

Tout ce qui concerne la correspondance, l'envoi d'ouvrages manuscrits ou imprimés, doit être adressé, franc de port, à M. le Dr J. ICARD, *secrétaire général, à Lyon*, 48, *rue de la République.*

Lyon, Association typographique, rue de la Barre, 12.

Digitized by Google

MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DE LYON

TOME XXXII. — 1892

LYON
LIBRAIRE MÉDICALE DE J.-P. MEGRET,
Quai de l'Hôpital, 58.

1893

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUN24 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 24 1897
E. H. B.

Digitized by Google

TABLEAU DES PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Depuis sa fondation.

1861 — 1862	MM.	Gailleton.
1862 — 1863		Ollier.
1863 — 1864		Chauveau.
1864 — 1865	*	Perroud.
1865 — 1866		Bondet.
1866 — 1867	*	Pravaz.
1867 — 1868		Delore.
1868 — 1869		Doyon.
1869 — 1870		Gayet.
1870 — 1871	*	Saint-Cyr.
1871 — 1872		Dron.
1872 — 1873	*	P. Meynet.
1873 — 1874		Laroyenne.
1874 — 1875	*	Dupuy.
1875 — 1876		Bron.
1876 — 1877	*	Létiévant.
1877 — 1878		R. Tripier.
1878 — 1879		E. Coutagne.
1879 — 1880		Horand.
1880 — 1881		Lépine.
1881 — 1882		Boucaud.
1882 — 1883		Fochier.
1883 — 1884		Arloing.
1884 — 1885		Aubert.
1885 — 1886		Soulier.
1886 — 1887		H. Mollière.
1887 — 1888	*	D. Mollière.
1888 — 1889	*	L. Gignoux.
1889 — 1890		A. Poncet.
1890 — 1891		Clément.
1891 — 1892	*	L. Tripier.
1892 — 1893		O. Mayet.

* Décédés.

Digitized by Google

COMPOSITION DU BUREAU

Pour l'année 1892-1893.

Président	MAYET.
Vice-président	CORDIER.
Secrétaire général	ICARD.
Secrétaires annuels	CONDAMIN.
	L. DOR.
	P. LACOUR
Trésorier	BIANCHI.
Archiviste	MARDUEL

Pour l'année 1893-1894.

Président	CORDIER.
Vice-président	COLRAT.
Secrétaire général	ICARD.
Secrétaires annuels	L. DOR.
	M. DOYON
	P. LACOUR.
	NAVARRE.
Trésorier	BIANCHI.
Archiviste	MARDUEL.

Comité de Publication :

MM. BARD, HORAND, R. TRIPIER, CORDIER, ICARD, L. DOR, M. DOYON, P. LACOUR, NAVARRE.

Commission de Présentation :

MM. AUGAGNEUR, BIROT, CLÉMENT, H. MOLLIÈRE, REBOUL.

Digitized by Google

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

EN MARS 1893.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

3 Août 1862. ROLLET, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du Rhône, professeur à la Faculté de médecine.

3 Janvier 1866. GLÉNARD, professeur honoraire à la Faculté de médecine.

2 Janvier 1867. DESGRANGES, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur honoraire à la Faculté de médecine.

8 Juillet 1867. VAN DEN CORPUT, médecin de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

6 Juillet 1870. P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille.

2 Juillet 1871. BOUCHACOURT, professeur honoraire à la Faculté de médecine.

— L. GUBIAN, médecin inspecteur aux eaux de La Motte.

8 Juillet 1872. CH. CHABALIER, à Saint-Irénée, près Lyon.

6 Janvier 1875. L. LORTET, professeur à la Faculté de médecine.

Digitized by Google

5 Juillet 1876. F. GUYÉNOT, ancien médecin des hôpitaux de Lyon.

23 Juillet 1883. ALBERT, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

7 Mars 1888. A. CHAUVEAU (fondateur), associé de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, ex-professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie.

26 Mars 1890. V. BOUCAUD (fondateur), ex-médecin de l'Hôtel-Dieu.

29 Mars 1893. Z. PUPIER (fondateur).

MEMBRES TITULAIRES

3 Avril 1861. A. BERNE (fondateur), ancien chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine.

— J. BINET (fondateur), médecin de l'asile privé de Champvert, à Lyon.

— A. BONDET (fondateur), professeur à la Faculté de médecine.

— F. BRON (fondateur), ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine.

— T. BOUSSUGE (fondateur), docteur en médecine.

— É. CARRIER (fondateur), médecin en chef de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu.

— É. COUTAGNE (fondateur), médecin adjoint des prisons.

— H. DEBAUGE (fondateur), ancien chef de clinique obstétricale à l'École de médecine.

Digitized by Google

3 Avril 1861.	X. DELORE (fondateur), ancien chirurgien en chef de la Charité.
—	A. DOYON (fondateur), médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
—	A. DRON (fondateur), ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, ex-agrégé à la Faculté de médecine.
—	A. GAILLETON (fondateur), ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, professeur à la Faculté de médecine.
—	A. GAYET (fondateur), ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur à la Faculté de médecine.
—	J. ICARD (fondateur), bibliothécaire à la Faculté de médecine.
—	F. LEVRAT-PERROTON (fondateur), docteur en médecine.
—	L. OLLIER (fondateur), ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, correspondant de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine.
15 Juillet 1863.	R. TRIPIER, ex-médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à la Faculté de médecine.
—	O. MAYET, ex-médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à la Faculté de médecine.
6 Janvier 1864.	L. LAROYENNE, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur-adjoint à la Faculté de médecine.
1 Janvier 1865.	H. SOULIER, ex-médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine.
10 Janvier 1865.	M. HORAND, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille.
1 Juillet 1866.	J. POULLET, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

Digitized by Google

27 Mars 1867. P. MARDUEL, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

18 Mai 1867. A. BIANCHI, ancien chef de clinique médicale.

18 Décembre 1867. P. AUBERT, chirurgien de l'hôpital annexe des Chazeaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

28 Octobre 1868. E. CLÉMENT, médecin des hôpitaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

6 Janvier 1869. J. PÉTEAUX, professeur à l'École vétérinaire.

21 Mars 1869. J. DRIVON, médecin des hôpitaux.

7 Juillet 1869. H. BRAVAIS, docteur en médecine.

29 Juin 1870. A. PAILLASSON, docteur en médecine.

18 Octobre 1871. P. COLRAT, médecin de la Charité, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

8 Novembre 1871. H. COUTAGNE, chef des travaux de médecine légale.

13 Novembre 1871. H. MOLLIÈRE, médecin des hôpitaux.

13 Mars 1872. L. PATEL, docteur en médecine.

12 Juin 1872. E. CHAMBARD, docteur en médecine.

8 Janvier 1873. A. FOCHIER, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine.

8 Janvier 1873. E. GRANDCLÉMENT, docteur en médecine.

29 Juillet 1874. A. PONCET, professeur à la Faculté de médecine.

4 Avril 1875. F. GLÉNARD, ex-chef de clinique obstétricale.

7 Juillet 1875. C. VINAY, médecin des hôpitaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

3 Janvier 1876. J. BIROT, docteur en médecine.

— S. CORDIER, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Digitized by Google

18 Octobre 1876. E. VINCENT, ex-agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien titulaire de la Charité.

8 Août 1877. ARLOING, directeur de l'École vétérinaire, professeur à la Faculté de médecine.

28 Novembre 1877. R. LÉPINE, Correspondant de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine.

9 Janvier 1878. H. DOR, ancien professeur d'ophtalmologie à l'Université de Berne.

12 Mars 1879. PIERRET, professeur à la Faculté de médecine, médecin à l'asile de Bron.

— J. RENAUT, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

12 Mars 1879. F. CROLAS, professeur à la Faculté de médecine.

19 Mars 1879. L. BERGEON, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

— A. CARRIER, médecin des hôpitaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

7 Avril 1879. J. GAREL, médecin des hôpitaux.

— MONOYER, professeur à la Faculté de médecine.

7 Mai 1879. J. TEISSIER, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine.

16 Juillet 1879. A. CARRY, ex-chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine.

16 Juillet 1879. A. CHANDELUX, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

7 Janvier 1880. L. BARD, médecin des hôpitaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

3 Mars 1880. E. CARTIER, docteur en médecine.

7 Juillet 1880. J. GROS, ex-chef de clinique médicale.

Digitized by Google

5 Janvier 1881.	J. RENDU, ex-chef de clinique obstétricale.
—	L. BOUVERET, médecin des hôpitaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.
20 Juillet 1881.	V. AUGAGNEUR, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille, agrégé à la Faculté de médecine.
5 Juillet 1882.	M. LANNOIS, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine.
26 Mars 1884.	CH. REBOUL, ex-chef des travaux de physiologie.
—	V. ROBIN, docteur en médecine.
4 Mars 1885.	DUFOURT, ex-chef de clinique médicale.
—	MATHIS, chef de service à l'École vétérinaire.
—	PERRET, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine.
—	A. RODET, chef des travaux de médecine expérimentale, agrégé à la Faculté de médecine.
20 Juillet 1885.	M. GANGOLPHE, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, agrégé à la Faculté de médecine.
—	G. ROUX, directeur du Bureau d'hygiène, agrégé à la Faculté de médecine.
13 Janvier 1886.	CH. CORNEVIN, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.
7 Avril 1886.	COUETTE, docteur en médecine.
2 Mars 1887.	ÉRAUD, docteur en médecine, ex-chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
6 Juillet 1887.	É. BLANC, ancien chef de clinique obstétricale.
—	CADÉAC, professeur à l'École vétérinaire.
—	HUGOUNENQ, professeur à la Faculté de médecine.
—	LINOSSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Digitized by Google

7 Mars 1838. M. AUBERT, pharmacien en chef de l'Antiquaille.

— J.-B.-A. AUDRY, médecin des hôpitaux.

— P. GOULLIOUD, ex-chef de clinique chirurgicale.

— J. RAFIN, ex-chef de clinique chirurgicale.

— F. REYMOND, médecin du Bureau de bienfaisance.

— A. SABATIER, ex-agrégé à la Faculté de médecine.

— E. WEILL, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

25 Juillet 1888. R. CONDAMIN, agrégé à la Faculté de médecine.

12 Décembre 1888. ÉT. ROLLET, agrégé à la Faculté de médecine.

19 Décembre 1888. ABEL FRANÇON, docteur en médecine.

30 Janvier 1889. PH. RIEL, docteur en médecine.

— P. LACOUR, docteur en médecine.

— F. MOUISSET, médecin des hôpitaux.

15 Janvier 1890. E. ADENOT, docteur en médecine.

26 Mars 1890. E. BARRAL, chef du laboratoire de la clinique médicale.

— LEMOINE, répétiteur à l'École de santé militaire.

— F. RABOT, médecin des hôpitaux.

23 Juillet 1890. GUINARD, chef de service à l'École vétérinaire de Lyon.

— DEVIC, agrégé à la Faculté de médecine.

15 Avril 1891. C. SIGAUD, docteur en médecine.

Digitized by Google

25 Novembre 1891. A.-J. COURMONT, agrégé à la Faculté de médecine.

20 Janvier 1892. M. DOYON, chef des travaux de physiologie.

30 Mars 1892. P.-J. NAVARRE, docteur en médecine.

— A. POLLOSSON, chirurgien en chef désigné de la Charité.

17 Juillet 1892. H. FRENKEL, docteur en médecine.

26 Octobre 1892. L. DOR, sous-directeur du Bureau d'hygiène.

29 Mars 1893. HASSLER, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

— JOSSERAND, médecin des hôpitaux.

— VALLAS, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

MEMBRES CORRESPONDANTS

MM.

13 Août 1862.	LAFAURIE.....	au Havre.
—	HUGUES.....	à Nice.
29 Octobre 1862.	CARRE.....	à Avignon
25 Février 1863.	GAMET.....	à Tunis.
27 Mai 1863.	VILLARET.....	à Paris.
21 Octobre 1863.	CHARVET.....	à Vienne.
23 Décembre 1863.	TALICHET.....	à Roanne.
6 Juillet 1861.	BELHOMME.....	à Paris.
7 Décembre 1861.	NODET.....	à Heyrieux.
26 Avril 1865.	JUDÉE.....	à l'armée.
5 Juillet 1865.	BARELLA.....	à Marche-les Écaussines
8 Novembre 1865.	BONHOMME.....	à Saint-Étienne.
27 Décembre 1865.	BONNEFOUS.....	à Rodez.
3 Janvier 1866.	CORNIL.....	à Paris.

Digitized by Google

4 Juillet 1866.	Bouyer.....	à Cauterets.
3 Juillet 1867.	Zurkowski	a Schinznach.
30 Octobre 1867.	Rouby.....	à Dôle.
3 Janvier 1868.	Benni.....	à Varsovie.
8 Janvier 1868.	Turel.....	à Grenoble.
15 Avril 1868.	Bouchard.....	à Paris.
—	Lassalle	à Villefranche.
1er Juillet 1868.	G. Ménard	à Feurs.
—	Richelot.....	a Paris.
23 Mars 1870.	A. Nodet	à Bourg.
—	Durand	à Rodez.
6 Juillet 1870.	Coutaret.....	à Roanne.
5 Avril 1871.	Macario.....	à Nice.
3 Janvier 1872.	Barudel.....	a Vichy.
23 Octobre 1872.	Sésary.....	à Alger.
4 Décembre 1872.	Leriche.....	à Nice.
2 Juillet 1873.	Gimbert.....	à Cannes.
—	Massot.....	à Perpignan
7 Janvier 1874.	Alvin.....	à Saint-Étienne.
14 Janvier 1874.	Lubanski.....	à l'armée.
24 Mai 1876.	Jullien	à Paris.
5 Juillet 1876.	Niepce fils.....	à Allevard.
9 Janvier 1878.	Courbis	à Valence.
6 Mars 1878.	Alix.....	à Toulouse.
—	Biot	à Mâcon.
6 Mars 1878.	Chavanis	à Saint-Étienne.
3 Juillet 1878.	Carle.....	à Montélimar.
—	Grellety.....	à Vichy.
22 Janvier 1879.	Peuch.....	à Lyon.
7 Juillet 1880.	Courjon.....	à Meyzieux.
26 Janvier 1881.	Cassin.....	à Avignon.
—	Franck.....	à Paris.
26 Janvier 1881.	Hugonard.....	à Morestel.
23 Novembre 1881.	Hortolès.....	à Montpellier.
5 Juillet 1882.	Montaz	à Grenoble.
6 Juin 1883.	Jacob	à l'armée.
23 Juillet 1883.	Guermonprez	à Lille.
16 Janvier 1884.	Duchamp	à Saint-Étienne.
27 Février 1884.	Claudot.....	à l'armée.
26 Mars 1884.	Borel.....	à Chabeuil.
—	Bouzol	au Cheylard.
—	Rames.....	à Aurillac.
30 Juillet 1884.	Moncorvo	à Rio-Janeiro.
31 Décembre 1884.	Paulet.....	à Montpellier.

Digitized by Google

4 Mars 1885.	GUINAND.....	à Saint-Étienne.
28 Octobre 1885.	BOINET.....	à Marseille.
7 Avril 1886.	STŒBER.....	à Nancy.
13 Octobre 1886.	GAYAT.....	à Saint-Raphaël.
—	QUIOC.....	à Dijon.
2 Mars 1887.	VERGELY.....	à Bordeaux.
6 Juillet 1887.	ATLÉE.....	à Philadelphie.
—	SNYERS.....	à Liège.
7 Mars 1888.	FIESSINGER.....	à Oyonnax.
—	LAURENCIN.....	à Cluny.
—	TROSSAT.....	à Chalon-sur-Saône.
11 Juillet 1888.	MONTAGNON.....	à Saint-Étienne.
25 Juillet 1888.	DELASTRE.....	à Brides.
19 Décembre 1888.	Ed. BLANC.....	à Saint-Etienne.
27 Mars 1889.	FIGUET.....	à Vienne.
26 Mars 1890.	CHABANNES.....	à Vals.
—	SENEBIER.....	à Mens.
23 Juillet 1890.	DIDIER.....	à Allevard.
4 Février 1891.	DÉSIR DE FORTUNET	à Chalon-sur-Saône.
15 Avril 1891.	PROBY.....	à Oullins.
6 Mai 1891.	CHAINTRE.....	à Dôle.
8 Juillet 1891.	BARBIER.....	à Vienne.
—	BROSSET.....	à Genelard.
—	MONCORGÉ.....	à Charlieu.
24 Juillet 1891.	ANNEQUIN.....	à l'armée.
24 Février 1892.	CATRIN.....	à l'armée.
26 Mai 1892.	CASSAS.....	à Alger.
2 Novembre 1892.	Ch. AUDRY.....	à Toulouse.
21 Décembre 1892.	P. BERNARD.....	à Corbelin (Isère).
29 Mars 1893.	H. RONDET.....	à Neuville-sur-Saône.
—	VIVIEN.....	à Vienne.

MEMBRES DÉCÉDÉS DANS L'ANNÉE

MM. PRAVAZ, membre honoraire (1892).
F. SAINT-CYR, membre honoraire (1892).
P. MEYNET, membre titulaire (1893).
CHEVANDIER, membre correspondant (1893).

MEMBRES DÉMISSIONNAIRES

MM. CAZENEUVE, membre titulaire (1892).
VIENNOIS, id. (1893).

Digitized by Google

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES

Digitized by Google

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL LIBRARY

L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE GRIPPE

PAR LE Dr CH. FIESSINGER

L'accord ne semble pas fait sur l'épidémie qui sévit en ce moment dans les grands centres. S'agit-il de la grippe endémique familière à nos mois d'hiver ou de la grippe épidémique qui risque une nouvelle entrée ?

Si nous en jugeons par ce qui se passe dans notre clientèle, c'est à la grippe endémique que nous avons affaire. Mais cette grippe endémique offre une physionomie un peu spéciale qui la distingue des types auxquels elle nous a habitués.

Sa prédilection pour les enfants, elle l'abandonne quelque peu depuis la mauvaise saison et s'attaque fréquemment aux grandes personnes. Elle s'accompagne d'éruptions cutanées, d'érythèmes papuleux (obs. I, II), que nous avions jusqu'aujourd'hui rapportés plus spécialement au bagage de la grippe épidémique.

Quant à la néphrite hémorrhagique (obs. III), aux hémorrhagies utérines (obs. IV), à la rémittence du tracé fébrile qui de 41° le matin tombe régulièrement aux environs de 39° le soir (obs. V), ce sont là symptômes communs aux deux formes de la grippe. Ajoutons toutefois que la tuméfaction parotidienne dont nous avons donné la première description il y a trois ans, et dont nous venons d'observer un nouvel exemple (obs. VI), semble assignée moins exceptionnellement à la grippe endémique.

Digitized by Google

Le diagnostic différentiel entre les deux affections en général se fait moins par l'examen clinique que par la marche de la maladie : la grippe endémique naît sur place et se montre peu contagieuse. La grippe épidémique est une maladie d'importation, à contagiosité extrême. Un autre caractère nous a servi à distinguer ces deux affections, et ce caractère est tiré de la relation de parenté que ces maladies présentent avec d'autres infections : la pneumonie, par exemple, est la compagne obligée de la grippe endémique : elle sévit dans les mêmes logements et avec des caractères de gravité égale. La grippe épidémique se passe au contraire volontiers de ce voisinage (1). Or, depuis six mois la pneumonie n'a pas cesser de régner dans le pays, comme en témoigne le tableau suivant :

Année 1891	Mai	juin	juillet	août	septemb.	octob.	nov.	décemb.
Grippes . . .	4	28	21	6	2	0	4	11
Pneumonies .	2	7	4	2	1	4	2	2

Ces trois caractères de naissance sur place, de contagion peu marquée, de coexistence avec la pneumonie, établissent les droits indiscutables de la grippe endémique à l'honneur de maladie régnante.

Quel est le germe de la grippe endémique ? Il est difficile à déterminer. Plus rebelles qu'à d'autres, nos cultures du sang sur gelose et sur bouillon peptonisé dans l'étuve à 35° sont pour la plupart restées stériles. Le sang pris au doigt et sur les plaques d'érythème, aux différentes périodes de la maladie, s'est montré privé de germes 31 fois sur 34 examens.

Nos résultats positifs, trop peu nombreux pour que nous en tirions des conclusions, nous ont fourni avec le sang pris au doigt dans trois cas, des staphylocoques liquéfiant la gélatine et dont l'inoculation à des souris blanches n'a pas entraîné la mort de l'animal.

(1) Nous n'avons pas eu à traiter de pneumonie pendant l'épidémie d'influenza de 1890 qui a alité dans nos campagnes le quart de la population.

Digitized by Google

Il nous semble que nos microbes coutumiers doivent suffire amplement à la besogne d'une infection qui a élu domicile dans nos montagnes depuis des années. L'angine, manifestation locale, est provoquée tantôt par un staphylocoque, tantôt par un streptocoque ou un pneumocoque. — Pourquoi n'en serait-il pas de même de la grippe endémique, infection générale? La clinique légitime cette interprétation en montrant la grande fréquence de la grippe endémique chez les enfants et de l'angine chez les adultes. Les seconds plus résistants font de l'inflammation locale dans les mêmes logements où les premiers donnent prise à l'infection générale.

Que si l'on objecte que la barrière opposée par l'angine à l'infection générale est souvent franchie, nous répondrons que l'angine est peu marquée dans la grippe où une fièvre vive accompagne un état local insignifiant et que de plus bien souvent dans d'autres cas coexiste avec un état général peu compromis, une angine intense.

Quoi qu'il en soit, et sans discuter davantage sur ce sujet qui nous écarte de notre programme, il nous suffit d'avoir établi aujourd'hui que la grippe régnante n'est autre que la grippe endémique.

A titre de documents, voici quelques observations de grippe, avec érythème papuleux, néphrite hémorrhagique, hémorrhagie utérine, fièvre rémittente et tuméfaction parotidienne.

Observation I. — *Grippe; érythème papuleux sur les genoux. La culture du sang reste stérile. Guérison en 6 jours.*

Mme F..., 58 ans, vient de soigner son mari succombant à une myélite. Depuis plusieurs mois cette femme se surmène, empressée jour et nuit autour de son malade. Le 10 novembre 1891, douleurs dans les bras, les jambes, les reins. Agitation, insomnie. Le 13 novembre, au soir, on constate une

Digitized by Google

rate grosse. La malade ne tousse pas et le poumon est sain.

13 nov. T. s. rectale 40° ; P. s. 108.

14 nov. Une goutte de sang prise au doigt, avec les précautions usitées en pareil cas et cultivée sur gélose à 35°, reste stérile. La malade attire notre attention sur des rougeurs qu'elle a remarquées à ses jambes et qui sont le siège d'une cuisson légère. Sur les deux genoux, et à peu près symétriquement placées, s'élèvent des plaques rouges, arrondies, de 1 cent. de diamètre environ, faisant saillie au-dessus de la peau et s'effaçant à la pression du doigt. Ces plaques, au nombre de 7 à 8, ne se rencontrent qu'aux genoux.

T. m. 39°,2; P. m. 104; T. s. 39°,8.

15 nov. La malade a bien dormi et est levée à notre arrivée. T. m. 37°,8. L'éruption est un peu moins rouge et s'efface peu à peu les jours suivants.

La malade reste profondément abattue.

Observation II. — *Grippe; érythème lisse et papuleux; une goutte de sang prise au niveau de l'érythème de la jambe reste stérile. Guérison le 9e jour.*

Mlle B..., 22 ans, habitant le même quartier que la malade précédente, prend le 21 décembre 1891 des frisonnements, des maux de tête, des douleurs dans les reins et les membres. Insomnie. Toux légère. Le 22 décembre les genoux deviennent le siège d'une cuisson modérée; en même temps, la malade aperçoit des taches rouges sur les genoux.

26 déc. Sur les genoux, et particulièrement le genou gauche, taches rosées, rondes, de 1 cent. de diamètre, se confondant quelques-unes par leurs bords et ne faisant pas saillie au-dessus de la peau. Ces taches s'effacent à la pression du doigt. A la face inférieure des deux jambes, on observe plusieurs taches plus grosses, d'un rouge livide, s'atténuant du centre à la périphérie et s'accompagnant d'un épaississement marqué de la peau.

T. m. 38°,4; T. s. 38°.

Le soir une goutte de sang prise à l'érythème papuleux de

Digitized by Google

la jambe et mise en culture sur bouillon peptonisé à 35° reste stérile.

Plusieurs plaques d'érythème avec épaississement de la peau envahissent le coude et la face dorsale des avant-bras.

On prescrit une potion avec 80 cent. de sulfate de quinine.

27 déc. T. m. 37°,7; T. s. 37°,9. Fortes douleurs dans les genoux au moindre mouvement. Ces douleurs sont surtout ressenties au niveau du genou gauche qui est marbré de taches rouges nombreuses. L'articulation est saine.

28 déc. T. m. 37°,8; T. s. 37°,2. Le pouls est fréquent, et depuis le début de la maladie, bat 120 malgré l'absence de fièvre marquée. La soif est vive.

29 déc. T. m. 37°,2; T. s. 37°,8. On remplace le sulfate de quinine par l'iodure de potassium à la dose de 1 gr.

31 déc. Après deux jours de traitement à l'iodure, l'éruption ternit et disparaît peu à peu. Il est vrai que l'érythème arrivé à 10 jours de durée a bien pu rétrocéder de lui-même sans être influencé par la médication.

Observation III. — *Homme de* 30 *ans; néphrite hémorrhagique; guérison en* 15 *jours, après rechute le* 8e.

T..., 30 ans, a déjà uriné le sang dans une atteinte de grippe en 1889 et 1890. Le 7 janvier 1892, maux de tête, douleurs à la déglutition; muqueuse de la gorge rouge; douleurs dans les reins. Les urines sont rares et vers le soir se chargent de sang.

8 janv. T. s. 38°,5; P. s. 96. Urines couleur chocolat. Elles contiennent des cylindres hyalins et granuleux très abondants, des globules rouges et blancs. Quelques râles ronflants sont perçus dans les bronches.

9 janv. T. m. 36,6; P. m. 72; T. s. 36°.

10 janv. La fièvre n'existe plus, mais les urines restent sanguinolentes.

11 janv. Le sang a disparu des urines, l'albuminurie per-

Digitized by Google

siste aux doses de 50 centigr. Le malade reste couché et soumis au régime lacté.

13 janv. Traces d'albumine. Sous l'influence d'un refroidissement (ce malade a marché pieds nus dans la chambre), retour de l'hématurie. Guérison définitive le 22 janvier.

OBSERVATION IV. — *Femme de 37 ans; hémorrhagie utérine; pouls rapide. — La culture du sang est restée stérile; guérison le 6e jour.*

Mme P...., 37 ans, réglée régulièrement, le 6 et 7 janvier 1892, a des frissonnements et des vomissements muqueux. La malade tousse et est oppressée; elle souffre d'une douleur dans le côté droit.

7 janv. La poitrine est saine. On ne constate aucun foyer d'hépatisation. Le pouls, faible et rapide, bat à 140. T. s. 39°,2; P. s. 140.

Prescription : Potion avec 80 centigr. de sulfate de quinine.

8 janv. T. m. 39°,5; T. s. 39°, 5; P. m. 120. La potion de quinine est rendue. On l'administre dans un lavement, lequel provoque une dizaine de selles diarrhéiques. Pas d'hypertrophie de la rate.

9 janv. T. m. 38°,9; P. 108. Les règles, qui avaient disparu depuis le 28 décembre, reparaissent le 9 janvier. La malade perd beaucoup.

Une goutte de sang prise sur un doigt et cultivée sur bouillon peptonisé à 35° reste stérile.

10 janv. T. m. 38°; T. s. 38°,3; P. m. 108. Le pouls a des intermittences.

11 janv. T. m. 36°,8. Sueurs abondantes. La perte de sang diminue.

OBSERVATION V. — *Homme de 42 ans; grippe à rémission; hyperthermie. La culture du sang reste stérile. Guérison le 9e jour.*

M. R..., 42 ans, se plaint du froid dans la nuit du 27 dé-

Digitized by Google

cembre 1891. Coryza léger. Pas de mal de gorge. Toux légère.

28 déc. T. m. 41°; T. s. 40°,2; P. m. 128; P. s. 128. La rate est grosse et douloureuse. Les urines sont albumineuses. Une goutte de sang prise à la pipette et cultivée sur bouillon peptonisé à 35° reste stérile.

Prescription : Potion avec 80 centigr. de sulfate de quinine.

29 déc. T. m. 41°,1; P. m. 120; T. s. à 3 heures 40°; T. s. à 9 heures 38°,5.

30 décembre. Frissonnements le matin à 6 heures et montée de la fièvre. Trois paquets de 25 centigr. de sulfate de quinine dans la journée.

T. m. 41°,3; T. s. à 4 heures 41°; T. s. à 9 heures 39°,1; P. m. 124; P. s. 96.

31 déc. T. m. 41°,1; T. s. à 3 heures 41°, à 5 heures 39°,5; P. m. 112; P. s. 100. La fièvre est revenue à 5 heures du matin; vomissements alimentaires. Le soir à 9 heures, 50 centigr. de sulfate de quinine.

1er janv. T. m. 38°,8; T. s. 41°,3 à 3 heures, 40° à 7 heures; P. m. 92; P. s. 100. La montée fébrile du matin a été transposée au soir. A 9 heures 50 centigr. de sulfate de quinine.

2 janv. T. m. 38°; T. s. 38°,3; P. m. 88; P. s. 84. Le malade est incommodé par des sueurs fétides. La rate n'est plus douloureuse et a diminué de volume.

3 janv. T. m. 37°,7; T. s. 38°; P. m. 72.

4 janv. T. m. 37°,5.

Observation VI. — *Enfant de* 15 *mois. Tuméfaction parotidienne. Guérison le* 9e *jour.*

L'enfant R..., âgé de 15 mois, encore nourri au sein, a depuis le 9 décembre 1891 de l'agitation, de la fièvre, du coryza.

15 déc. Toute la partie inférieure de la face est tuméfiée des deux côtés par un gonflement de la parotide qui fait saillie et est douloureuse au-dessous et en arrière de la branche

Digitized by Google

montante du maxillaire inférieur. Quelques râles ronflants dans les bronches. T. s. 39°,5.

Prescription : Potion avec 15 centigr. de sulfate de quinine.

16 déc. T. m. 39° ; T. s. 39°,5. Pas de lésion auriculaire.

17 déc. T. m. 37°. La tuméfaction parotidienne disparaît. L'enfant présente une diarrhée légère, verte et fétide.

Digitized by Google

NOUVELLE MINERVE PLATRÉE

DESCRIPTION, APPLICATION, AVANTAGES DE CET APPAREIL

PAR LE Dr M. GANGOLPHE

Nous avons déjà présenté à la Société des sciences médicales, il y a près de deux ans, un malade atteint de mal de Pott très douloureux, soulagé immédiatement par l'application de notre minerve plâtrée. Ce sujet dont l'observation a été publiée récemment dans la thèse de M. Parant (1) (obs. VI), immobilisé pendant cinq mois (novembre 1890 à avril 1891), a été revu dans le courant du mois d'août 1891 ; il était méconnaissable tant sa situation s'était modifiée. Il avait engraissé de 12 kilogrammes et *possédait l'intégrité* des mouvements; il avait eu cependant une forme horriblement douloureuse. Le 2 janvier 1892, nous avons encore pu constater la permanence de la guérison.

Nous avons eu l'occasion d'employer très fréquemment notre minerve, et dans l'espace de ces deux années seulement, 30 ou 40 malades sont venus réclamer nos soins. Il est donc possible de dire que la clinique nous a montré les avantages et les quelques inconvénients que pouvait présenter cet appareil. C'est pour ce motif que nous avons cru possible d'en donner aujourd'hui une description complète, empruntée en grande partie à la thèse de M. Parant. Mais nous tenions à mettre sous vos yeux un autre malade guéri lui aussi après

(1) Paul Parant : *Contribution au traitement du mal de Pott cervical; nouvelle minerve plâtrée.* Thèse Lyon. 1892.

Digitized by Google

trois mois d'immobilisation. Agé de 24 ans, il a des antécédents tuberculeux héréditaires et personnels (hémoptysies). Pendant dix mois, il a souffert à la partie supérieure du cou, dans la tête.....; bref, peu à peu tous les symptômes d'un mal de Pott cervical se sont montrés. La tête et le cou se sont fortement inclinés en avant sans déviation latérale notable; les mouvements d'affirmation et de négation très douloureux sont à peine possibles; irradiations douloureuses dans les épaules; fourmillements dans les bras. Le malade a été traité par les révulsifs et un appareil silicaté qu'il n'a pu supporter que huit jours. Admis à la Croix-Rousse, on lui applique une minerve plâtrée le 18 août 1891; cinq jours plus tard, il quitte le service et trois semaines après reprend son travail d'employé de commerce.

Il vient nous voir à diverses reprises, et le trouvant absolument soulagé, nous lui enlevons sa minerve le 10 décembre. Il n'existe plus aucune douleur spontanée ou à la pression; la tête est en bonne position et presque complètement mobile; le malade a augmenté de 6 kilogrammes.

Comme vous pouvez le voir aujourd'hui, ce sujet paraît complètement guéri; sous l'influence du traitement général et aussi par la disparition totale des douleurs, la vie au grand air, sa santé s'est transformée.

Il a engraissé de 10 kilogrammes depuis six mois.

Voici maintenant la description et le mode d'application de l'appareil plâtré dont nous nous servons habituellement.

Description. — L'appareil se compose essentiellement de deux attelles plâtrées réunies entre elles de façon à présenter *la forme schématique d'un T.* Ces deux attelles sont formées au moyen de feuilles de tarlatane non apprêtée et à larges mailles, repliées un certain nombre de fois sur elles-mêmes. La largeur des mailles est indispensable pour permettre au plâtre de pénétrer plus facilement dans toute l'épaisseur de l'attelle dont la solidité est ainsi assurée. Un fil résistant parcourt toute la longueur des bandes de manière à maintenir adhérentes entre elles les épaisseurs de tarlatane. L'extré-

Digitized by Google

mité supérieure de la bande verticale divise la bande horizontale en deux parties égales ; il est nécessaire qu'elle arrive jusqu'au bord antérieur de la branche horizontale et y soit solidement fixée dans toute sa largeur ; si on la fixait simplement par un point médian, la traction exercée au moment de l'application en compromettrait la solidité.

L'attelle horizontale présente un bord antérieur rectiligne et un bord postérieur légèrement curviligne, à concavié postérieure, du moins dans sa partie médiane ; aux deux extrétés ce bord est parallèle à l'antérieur, cette disposition permet une adaptation plus exacte de l'attelle au niveau des parties latérales de la nuque et du cou. Sur le bord antérieur, de chaque côté, et à égale distance de la ligne médiane, se trouve une encoche destinée à recevoir l'oreille ; cette disposition permet en outre de saisir la tête par une circonférence située au-dessous des bosses frontales et pariétales, de sorte que fortement soutenue et pour ainsi dire dire suspendue, elle n'a aucune tendance à se dérober et à provoquer par son poids le tassement des vertèbres. De l'extrémité antérieure de l'encoche part un petit prolongement qui vient s'appliquer sur l'arcade zygomatique ; de son extrémité postérieure émane un prolongement analogue qui s'adapte à l'apophyse mastoïde, ces deux pattes zygomatique et mastoïdienne ont pour but d'augmenter l'adaptation de l'appareil et d'empêcher les mouvements de rotation et de latéralité. L'attelle verticale présente une forme véritablement triangulaire à sommet dirigé en haut et à base inférieure.

La *longueur* varie suivant la taille du malade, mais elle est toujours facile à déterminer d'après le trajet que doivent suivre les attelles. La bande horizontale est destinée à embrasser la circonférence de la tête au niveau du sourcil par sa partie médiane ; ses deux chefs, après s'être entre-croisés au niveau de la nuque sont ramenés à la partie antérieure de la poitrine où ils s'entre-croisent de nouveau, et leur extrémité doit arriver jusqu'au rebord des fausses côtes. La bande verticale se porte directement du front en arrière et

Digitized by Google

s'adapte successivement à la convexité de la tête, à la concavité sous-occipitale, passe dans l'espace interscapulaire et vient se terminer au niveau de l'épine iliaque, postéro-supérieure. Au niveau de la nuque elle doit passer entre les deux chefs entre-croisés de l'attelle horizontale. Pour un adulte de taille moyenne, 1 mètre 80 pour l'attelle horizontale, 1 mètre pour l'attelle verticale sont des longueurs convenables. Du reste, il est préférable d'exagérer la longueur qui diminuera par suite de l'imbibition et de la rétraction que subit le plâtre en se desséchant; de plus il sera toujours temps de sectionner les bandes après l'application.

La *largeur* est également différente pour les deux bandes, 8 centimètres à la partie médiane, 12 aux extrémités pour la bande horizontale suffisent. En effet, cette attelle n'a pas besoin d'être aussi large que l'attelle antéro-postérieure; cette dernière doit emboîter toute la largeur de la nuque, elle aura au moins 10 centimètres à ce niveau et 15 à sa partie inférieure. La largeur moins considérable de sa portion céphalique ménage de chaque côté des bords un espace libre; cette disposition a l'avantage de permettre l'accès de l'air, l'évaporation de la sueur et des produits sébacés, et d'éviter ainsi la macération épidermique.

L'*épaisseur* des différentes parties de la minerve est en rapport avec leur rôle respectif. Tandis que l'attelle horizontale destinée à empêcher surtout les mouvements de rotation et de latéralité, dont l'amplitude est peu considérable et qui s'exécutent sans force, sera suffisamment résistant avec 18 épaisseurs; l'attelle verticale dont le rôle capital est de lutter contre le poids de la tête, et doit s'opposer aux mouvements de flexion et d'extension, et parfois même vaincre la contracture musculaire aura 24 épaisseurs, et encore serait-ce à peine suffisant, si la superposition des trois chefs de la minerve ne venait en renforcer la solidité.

Nous avons déjà dit quelques mots du *trajet respectif de chacune des bandes*, nous croyons nécessaire d'entrer dans

Digitized by Google

plus de détails, l'efficacité de l'appareil dépendant en partie de son application.

Partis de l'espace intersourcilier, les deux chefs de la branche horizontale du T, se dirigeant en arrière en suivant un trajet légèrement oblique de haut en bas, passent sur l'oreille qui est reçue dans l'encoche et contournant l'occipital du même côté, s'entre-croisent au niveau de la ligne médiane; puis, continuant leur trajet oblique, contournent le sous-occiput et la partie postéro-latérale du cou du côté opposé; ils descendent ensuite directement en bas, passent sur la partie interne de la clavicule et sont enfin ramenés sur la partie antérieure de la poitrine où ils s'entre-croisent de nouveau. Chacun de ces chefs aurait donc pour résultat d'imprimer à la tête un mouvement de rotation, si son effet n'était compensé par la traction équivalente et en sens contraire du chef opposé; ainsi sollicitée d'une façon égale de part et d'autre la tête est maintenue dans la rectitude. Mais là ne se borne pas le rôle de cette portion de l'appareil : en passant de la région mastoïdienne d'un côté à celle du côté opposé, les deux chefs entre-croisés soutiennent l'occiput. De plus, grâce à leur réflexion sur la partie postérieure du cou, ils favorisent le redressement de la tête. La branche verticale du T, partie de la racine du nez, embrasse la convexité du crâne, se porte en bas, se moule sur la concavité du sous-occiput, passe entre les deux chefs entre-croisés de l'attelle horizontale et se dirige directement en bas pour atteindre le point que nous avons précédemment indiqué. Son rôle principal est d'empêcher les mouvements de flexion et d'extension, mais elle soutient efficacement l'occiput qu'elle reçoit dans la concavité qui existe à ce niveau; elle répond donc à la fois à la double indication d'empêcher la flexion de la tête et d'éviter le tassement des vertèbres.

Application. — La mise en place de l'appareil exige un certain nombre de précautions préalables qui sont indispensables pour obtenir des résultats satisfaisants. La tête du sujet doit être lavée et rasée soigneusement; c'est seulement

Digitized by Google

lorsque les soins de la propreté la plus absolue auront été observés qu'on appliquera la minerve. En effet, la présence des poussières, des pédiculi capitis, l'accumulation des produits sébacés pourraient produire de l'impétigo, qui, en nécessitant l'enlèvement de l'appareil, apporterait un retard à la guérison. S'il s'agit d'une femme on peut se contenter de bien laver la tête ; les cheveux seront réunis en deux tresses que l'on ramènera sur le sommet de la tête de chaque côté de l'attelle antéro-postérieure, dans l'espace libre qui existe à ce niveau. On fera ensuite avec des bandes de gaze sans apprêt une capeline peu épaisse, afin d'empêcher le contact immédiat du plâtre avec le cuir chevelu. Dans le même but, sur la peau qui doit être en rapport avec la minerve, et particulièrement au niveau de la nuque, du cou et de l'oreille on enduira les parties avec de la vaseline.

La toilette du sujet achevée on procède à l'application. Le malade sera assis sur une chaise sans dossier, afin que l'on puisse tourner facilement autour et qu'on ne soit gêné en aucune façon. On commencera par mettre la minerve en place, avant qu'elle ne soit plâtrée, afin de prendre en quelque sorte mesure sur le sujet ; on marquera la place des encoches auriculaires et des pattes zygomatiques et mastoïdiennes, enfin on s'assurera que la longueur des attelles est suffisante.

Pour la confection de l'appareil on emploie généralement le plâtre de Paris; il ne doit être ni trop clair ni trop épais ; dans le premier cas la résistance des attelles serait insuffisante et la solidification trop longue ; dans le second cas, le plâtre pénétrerait difficilement jusqu'à la partie centrale des bandes et sa solidification rapide ne donnerait pas le temps d'appliquer méthodiquement l'appareil. Cinq parties d'eau tiède pour six de plâtre donnent un mélange remplissant les conditions nécessaires ; on ajoute généralement 5 à 10 gr. de NaCl pour hâter la solidification de la minerve. Quand le mélange est parfaitement intime, qu'il n'existe plus de grumeaux, on y introduit les bandes qu'on malaxe pendant quelques minutes, puis où les enroule afin de bien faire pénétrer le plâtre, et d'assurer l'homogénéité de l'appareil. Lorsqu'on

Digitized by Google

juge que les attelles sont suffisamment imbibées, ce qui arrive après une ou deux minutes, on les retire, et afin d'en exprimer le surplus il suffit de saisir entre deux doigts réunis, chacune des bandes alternativement et de les comprimer en parcourant toute leur longueur d'une extrémité à l'autre ; puis sans perdre de temps, on place l'appareil pendant qu'un aide soutient le menton et redresse la tête. On aura soin que la face qui reçoit l'attelle antéro-postérieure *soit en dehors*, et *non en rapport avec le front*, on évitera ainsi de blesser le malade. Le bord inférieur de la bande longitudinale doit arriver au niveau du sourcil ; on conduira les deux chefs comme il a été dit précédemment, c'est-à-dire obliquement en bas et en arrière ; la bande médiane directement en arrière. Au niveau de la nuque on ne craindra pas d'étaler autant que possible le gâteau de plâtre formé par la superposition des attelles, la malléabilité et la distension facile de l'appareil à l'état frais permet de gagner à ce niveau quelques centimètres en largeur de façon à emboîter plus exactement les parties ; la nuque se trouve alors contenue dans une sorte de gouttière longitudinale épaisse qui constitue la pièce de résistance de l'appareil. C'est en effet la portion qui supporte tout le poids de la tête, et c'est toujours à ce niveau que la minerve se brise, si l'on n'a pas eu soin de lui donner une épaisseur suffisante. Dans l'espace interscapulaire, il est préférable, au contraire, de ne *pas étaler l'attelle* afin de laisser libre le jeu des omoplates. Les trois chefs de l'appareil seront étalés et distendus le plus possible ; ils seront d'autant mieux appliqués contre le tronc qu'ils seront plus larges.

Une fois l'appareil terminé, il est encore certains petits détails que nous croyons utiles de rapporter, car ils ont leur importance, et leur omission pourrait compromettre le résultat. Ainsi, on s'assurera que l'oreille n'est pas blessée par les rugosités des bords de l'encoche auriculaire ; s'il en était autrement, il suffirait d'arrondir ces bords avec le doigt. On appliquera exactement les pattes antérieure et postérieure contre l'arcade zygomatique et l'apophyse mastoïde.

Digitized by Google

On prendra la même précaution au niveau du cou ; il arrive parfois que le bord antérieur des attelles dans leur trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant, au moment où elles contournent dans un mouvement de spire le sous-occiput, la région mastoïdienne et les parties latérales du cou vient comprimer ce dernier et parfois y produire de petites ulcérations. La disposition curviligne donnée à ce bord évite généralement ces petits accidents, néanmoins s'ils se produisaient, il suffirait de renverser légèrement ce bord en dehors en introduisant l'extrémité du doigt entre l'attelle et la peau. Au niveau des clavicules, pour éviter le frottement entre l'appareil et la partie interne de cet os, on pourra interposer un petit tampon d'ouate. De même au niveau des omoplates on relèvera les bords de l'attelle afin que les mouvements des os ne soient pas gênés.

Les attelles conduites à leur destination, on les fixe rapidement au moyen de bandes de tarlatane sans apprêt. Aussitôt que le plâtre est sec et l'appareil résistant on peut les enlever. On peut ainsi faire une adaptation plus précise ; les bandes ordinaires de tarlatane sont rendues trop raides par l'apprêt et se prêtent moins bien à la manœuvre. La portion thoracique de la minerve est fortement appliquée contre la partie supérieure du tronc au moyen d'un bandage de corps qui doit rester en place aussi longtemps que l'appareil ; on fait passer ensuite quelques bandes ordinaires de la partie antérieure du tronc à sa partie postérieure, par dessus les épaules et autour de la partie inférieure du cou ; elles s'entre-croisent alternativement sur la poitrine et sur le dos, à la façon de bretelles.

L'aide qui soutient le menton et la tête pendant l'application de la minerve ne les abandonnera qu'après la dessiccation complète de l'appareil, qu'il est facile d'apprécier. En effet, à mesure que le plâtre sèche, il devient chaud ; cette température élevée se maintient jusqu'à l'évaporation complète de l'eau. Un quart d'heure suffit généralement.

Il est recommandable de faire coucher le malade aussitôt après l'application, et on ne lui permettra de se lever qu'a-

Digitized by Google

près vingt-quatre heures ; de cette façon, la tête n'aura aucune tendance à reprendre une position défectueuse à laquelle la souplesse de l'appareil, encore incomplètement solidifié, pourrait ne pas s'opposer d'une manière assez efficace.

Est-il indifférent de mettre la minerve en place à une heure quelconque de la journée? Nous pensons qu'il est avantageux de profiter du redressement que le repos de la nuit a déjà effectué, et c'est pour ainsi dire au saut du lit qu'il faudra immobiliser le malade ; en agissant ainsi, si l'on a en outre le soin de produire l'extension au moment de l'application, on obtiendra le plus souvent une bonne position que la rétraction du plâtre augmentera encore. A ce sujet nous devons faire remarquer *qu'il est de toute nécessité au moment de la mise en place de la minerve de ne pas comprimer trop fortement le front, la rétraction en s'effectuant pourrait produire une constriction douloureuse.* Nous avons constaté que par suite de la dessiccation, une attelle plâtrée de 1 mètre perdait 4 centimètres de longueur, c'est-à-dire que la tranche horizontale de la minerve ayant à peu près 1 m. 80, perd à peu près 7 centimètres, et la portion céphalique qui en a 70, diminue de 3 centimètres de périmètre. La constriction est donc assez étroite. Nous avons également constaté que l'adjonction de NaCl n'avait aucune action sur la rétraction, mais qu'elle favorisait la dessiccation. Dans tous les cas, une fois complètement sèches, les bandes ne subissent plus aucune diminution appréciable dans leur longueur, et les mensurations faites après 12, 24, 48 heures ne nous ont pas permis de constater de modifications.

Une des meilleures preuves de l'efficacité de l'appareil, c'est la suppression presque immédiate de la douleur. Le malade souffre-t-il, on est en droit de penser que l'appareil ne remplit pas l'indication et que la tête n'est pas suffisamment soutenue et immobilisée, on en peut faire l'expérience facilement : *faites étendre le malade sur un lit et ordonnez-lui de se lever sans le secours de ses mains*; *s'il peut exé-*

Digitized by Google

cuter ce mouvement sans souffrir, l'application a été bien faite; si, au contraire, il éprouve de la douleur et saisit sa tête avec ses mains, c'est au contraire qu'elle laisse à désirer.

Il est bon de visiter le malade au bout de quelques jours afin de vérifier si la contention est suffisante, l'adaptation exacte, si la constriction frontale n'est pas exagérée, s'il n'y a pas d'excoriations aux différents endroits précédemment indiqués, ni impétigo dont la présence est due le plus souvent aux pediculi : c'est ce que nous avons observé chez une malade, la minerve a dû être enlevée et il a fallu attendre la guérison complète avant de procéder à une nouvelle application. Enfin, il est important de s'assurer que la minerve est suffisamment résistante au niveau de la nuque ; il arrive quelquefois, lorsqu'on n'a pas donné aux attelles une épaisseur convenable, que l'une ou plusieurs d'entre elles cèdent à ce niveau et le résultat du traitement est compromis. Si ces accidents se produisent, il n'y a pas à hésiter, il faut enlever l'appareil et le remplacer.

Mais une nouvelle question se pose. Combien de temps la minerve doit-elle rester en place ? Deux cas peuvent se présenter : la *tête est immobilisée dans une bonne position*, le malade supporte bien l'appareil, les phénomènes douloureux ont disparu. Nous rentrons alors dans le cas des tumeurs blanches des autres articulations; l'immobilisation devra être *prolongée le plus longtemps possible* ; on se trouvera toujours bien de ne pas céder aux instances des malades qui demandent instamment la liberté de leurs mouvements, aussitôt que la souffrance a disparu. On a accusé l'immobilisation de produire l'ankylose, mais c'est précisément le but qu'on se propose d'atteindre, et dans bien des cas c'est à cette seule condition que la guérison pourra être obtenue. Au surplus nous avons vu deux malades guéris sans ankylose après une immobilisation de trois et cinq mois. Mais les circonstances sont moins favorables, la tête est encore dans la flexion ou tout autre attitude défectueuse ; nous pensons qu'il sera toujours possible d'obtenir une amélioration par

Digitized by Google

des applications successives. Au début, l'attitude vicieuse étant due à la contracture, et celle-ci dépendant surtout de la douleur, on pourra après un premier appareil qui aura soulagé le malade sans le redresser beaucoup, employer une seconde minerve qui atteindra complètement le but.

Il est inutile d'ajouter qu'il faudra toujours user de la plus extrême prudence, surtout à une période avancée ; il sera préférable alors de se contenter d'une position médiocre, surtout si la minerve est bien supportée et la tête bien immobilisée.

Il est indispensable de donner quelques indications pour enlever l'appareil. La dureté excessive du plâtre nécessite l'emploi de la scie courbe ; on pratiquera la section en quatre endroits différents : sur la portion céphalique de chaque côté de l'attelle antéro-postérieure au niveau de la queue du sourcil ; au cou, on sectionnera les bandes à environ à distance égale de la clavicule et de l'apophyse mastoïde.

Avantages. — Nous avons énuméré les principaux reproches qu'on pouvait adresser à un grand nombre des appareils employés dans le but d'obtenir l'immobilisation et nous avons indiqué les résultats heureux que l'on pouvait attendre de cette méthode de traitement, lorsqu'elle réalisait de bonnes conditions. Nous croyons que la minerve que nous venons de décrire présente un ensemble d'avantages qui méritent d'être pris en considération.

En premier lieu la matière dont elle est composée la rend éminemment propre à s'adapter exactement aux différentes parties du corps ; la malléabilité et la souplesse des bandes plâtrées, au moment de l'application, permet d'en modifier la forme à volonté et d'en fixer les rapports ; la rétraction qu'elles acquièrent par la dessiccation assure la contention ; leur solidité et leur résistance à l'état sec s'opposent à toute tentative de mouvement volontaire ou spontané de la part du malade. Avec les colliers, c'est précisément le contraire qui a lieu ; ne pouvant se plier aux différentes attitudes des malades et à leur conformation, ce sont

Digitized by Google

les parties qui sont obligées de s'y adapter. Sans doute on peut faire construire un collier en rapport avec l'attitude du sujet; mais quelques jours après le moment de l'application, la position peut s'être modifiée. Ce sont là des conditions défectueuses, car si l'immobilité absolue est toujours pénible, à plus forte raison le fait est-il vrai lorsqu'il s'agit de la tête; aussi devons-nous faire tout notre possible pour la rendre supportable. Enfin cet appareil s'oppose d'une manière rigoureuse à tous les mouvements de la tête. Nous avons vu, en décrivant les différentes parties constituantes de la minerve, le rôle qui revenait à chacune d'elles dans la réalisation de cette importante indication. La meilleure preuve de son efficacité est la suppression presque immédiate des phénomènes douloureux; plusieurs des malades que nous avons observés marchaient à grand'peine, le moindre mouvement réveillait les plus vives souffrances, aussi est-ce à petits pas et la tête soutenue par les deux mains qu'ils arrivaient à la salle des pansements, et aussitôt après l'application de la minerve ils étaient soulagés au point de se croire guéris.

Les points d'appui sont différents de ceux des colliers et des minerves ordinaires. Aucune fonction n'est gênée, l'alimentation n'est pas entravée; le cou et les épaules, le thorax ne sont pas emprisonnés dans une cuirasse comme cela a lieu pour les appareils silicatés.

La confection facile des attelles et leur disposition élémentaire en rendent l'application des plus simples, elle ne nécessite pas de connaissances spéciales, s'effectue rapidement, et le malade accepte d'autant plus volontiers le port de cette minerve qu'il n'entraîne pas un séjour prolongé à l'hôpital, qu'il *ne trouble nullement son repos, qu'il le favorise au contraire en supprimant ses souffrances, et ce dernier avantage est immense, car la douleur empêche le malade de dormir, lui enlève l'appétit; en la supprimant on améliore du même coup l'état général.*

De plus, le sujet peut, dans une certaine mesure, vaquer à ses occupations. Un de nos malades, habitant dans les en-

Digitized by Google

virons de Lyon, vint à la Croix-Rousse plusieurs fois pour y faire constater son état ; une casquette de touriste avec couvre-nuque masquait l'appareil à un tel point qu'il était impossible de l'apercevoir. Plusieurs ouvrières en soie firent de même, et dissimulaient très bien l'appareil sous leurs coiffures.

Cette possibilité de marcher, de vivre au grand air, permet au malade de se soumettre au traitement général et de suivre l'hygiène spéciale qui doit jouer un si grand rôle dans sa guérison. C'est surtout cette considération qui nous porte à préconiser l'emploi de cette minerve dès le début de l'affection, et à différer autant que possible de recourir au décubitus horizontal, dont on connaît les désastreux effets sur un organisme déjà entaché de tuberculose. En résumé, on peut combiner ainsi d'une façon très satisfaisante l'usage des médicaments, l'hygiène et l'immobilisation absolue des articulations malades ; en même temps qu'on traite les lésions locales, on fournit à l'organisme des matériaux indispensable à leur réparation.

Enfin, l'application de cette minerve est soumise à certaines règles fixes et simples à la fois, ce qui n'est pas sans importance ; sans doute, on a déjà employé des appareils plâtrés, plus ou moins compliqués, mais aucune description n'en a été donnée, leur composition n'a pas été nettement définie, et leur application soumise à des principes invariables, d'où la diversité des résultats obtenus.

Quant au prix, il est tout à fait insignifiant; dans certains cas, c'est encore un précieux avantage.

Nous estimons enfin que dans la plupart des cas, un redressement suffisant pour amener la tête dans une bonne position peut être obtenu par l'emploi de deux ou trois minerves successives, suivant les circonstances. En agissant ainsi, on obtiendra le plus souvent lors de la seconde application ce qu'on n'avait pu obtenir la première fois. C'est ainsi que chez une malade dont nous n'avons pu rapporter l'observation, parce que l'application de la minerve remonte seulement à quelques jours, la tête était fortement inclinée en

Digitized by Google

avant, et la face déviée à droite en même temps que la colonne cervicale tout entière formait avec la colonne dorsale un angle très prononcé. Après l'application de deux minerves, la position de la tête est sensiblement normale, comme on peut s'en convaincre, cette malade ayant servi de modèle pour notre dessin.

On nous objectera peut-être qu'il est impossible avec cet appareil d'exercer sur la tête une traction continue; il a du moins l'avantage d'éviter le tassement des os, qu'une compression exagérée ne manquerait pas de produire; or, la dispositon même de la minerve s'oppose d'une façon suffisante à cet accident. Sa portion céphalique embrasse la tête par une circonférence telle que tout affaissement est impossible, et la pression exercée sur la tige rachidienne est suffisamment diminuée; de plus, l'occiput est reçu dans la concavité qui existe nécessairement à ce niveau, par suite de l'adataption exacte des parties et de l'appareil.

Digitized by Google

TUMEURS MULTIPLES DE LA PEAU

— ÉPITHÉLIOMA ET IDRADÉNOME —

PAR MM. CH. AUDRY ET G. NOVÉ-JOSSERAND

Malgré les nombreux et intéressants travaux qui dans ces dernières années ont été publiés sur les tumeurs de la peau, il est permis de croire que cette intéressante question n'est encore qu'ébauchée, et qu'il reste bien à faire pour en avoir une notion complète tant au point de vue anatomique que clinique. L'observation que nous rapportons ici mériterait donc d'être publiée, alors même qu'elle viendrait simplement s'ajouter aux faits déjà connus ; mais nous espérons montrer en outre que si par leurs caractères généraux les tumeurs que nous allons décrire peuvent être rapprochées d'une des variétés connues de tumeurs de la peau, elles présentent en outre quelques particularités qu'il est intéressant de signaler.

Pierre D..., âgé de 59 ans, est tailleur depuis l'âge de onze ans. Il ne présente aucun antécédent personnel autre qu'une maladie indéterminée, survenue, dit le malade, après une émotion et qui dura six mois : le malade était alors âgé de sept ans.

Il est marié à une femme bien portante dont il a eu trois enfants ; l'un d'eux est mort d' « influenza » après huit mois de maladie.

La mère du malade est morte à 80 ans d'une affection inconnue. Son père a succombé à des accidents urinaires il y a dix ans ; il était âgé de 80 ans. Cinq ans avant sa mort il

Digitized by Google

avait commencé à présenter tous les signes d'une affection cutanée de la peau de la face qui était semblable a celle de Pierre D...

Ce dernier est un homme robuste dont les viscères sont sains; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Il ne se plaint de rien autre que de l'affection cutanée dont une complication l'a conduit à la consultation du Dispensaire; il y a été vu par M. le docteur Loyson qui le fit entrer à la Clinique chirurgicale, dirigée par M. Sabatier, en l'absence de M. le prof. Ollier.

Cette maladie a débuté il y a quinze ans, simultanément chez le père et le fils (?) : du reste ils n'habitaient pas ensemble.

Au 31 janvier 1892, date de son entrée à la Clinique, Pierre D... se trouve dans l'état suivant :

Les parties découvertes de la face présentent des éléments éruptifs nombreux et variés à la surface d'un tégument souple, très séborrhéique recouvert de fines squames sébacées noirâtres abondantes et adhérentes surtout dans les rides.

1° On note une assez grande quantité de gros comédons disséminés irrégulièrement.

2° Un très grand nombre d'élevures fines, blanches, acuminées sans rapports apparents avec les poils, réparties uniformément sur toute la peau de la face, soit dans le tégument de la barbe, soit sur les parties glabres. Leur volume n'est guère supérieur à celui d'une fine tête d'épingle. Si on les presse, on en fait sortir une petite masse blanchâtre d'aspect graisseux; cette dernière examinée au microscope après lavage dans l'éther apparaît constituée par des cellules épithéliales feuilletées, plissées, plus ou moins agglomérées.

Sur le pavillon de l'oreille, le tragus, etc., cinq ou six de ces élevures sont plus développées et quelques-unes ombiliquées à leur centre par un comédon.

3° Des éléments arrondis, durs, globuleux, saillants, apparaissent surtout dans la région sourcilière et sur le front. Ils atteignent le volume d'un petit pois et le tégument de plusieurs est rouge. Si on incise la peau qui les recouvre, on

Digitized by Google

énuclée une petite tumeur rose, très limitée; à la coupe elle apparaît formée par un tissu compact un peu bleuâtre.

4° Çà et là sont de véritables petites tumeurs molluscoïdes pédiculées, n'excédant guère le volume d'un noyau de cerise. On les retrouve sur le front, sur la nuque et surtout au cuir chevelu.

Il faut noter que M. Augagneur lui a enlevé il y a cinq ans deux loupes du cuir chevelu. Actuellement les cheveux quoique clairsemés paraissent sains. La peau est blanche, luisante, séborrhéique. On y retrouve beaucoup moins d'éléments de la 2e catégorie de notre description; mais un plus grand nombre appartient à la 3e.

La barbe est abondante, solide et bien plantée.

Les élevures blanches que nous avons décrites se retrouvent de moins en moins nombreuses et avec les mêmes caractères que sur la face, sur la face antérieure du cou et la portion supérieure de la région présternale.

Les muqueuses buccales sont saines.

Sur le dos, quelques corpuscules disséminés mêlés à des cicatrices et à quelques pustules d'acné vulgaire.

On retrouve ces éléments sur la face interne des avant-bras, sur la face externe des fesses, la partie postérieure des cuisses, mais ils sont plus noirs, plus durs, plus arrondis. Les jambes sont intactes, sauf quelques gros comédons et un petit kyste sébacé au devant du tibia droit. Les organes génitaux sont respectés.

Enfin, à la partie inférieure du dos, un peu au-dessus de l'articulation sacro-iliaque gauche, on trouve une tumeur à peu près arrondie de 0,05 à 0,06 cent. de diamètre. La peau qui la recouvre offre une teinte vineuse; elle présente deux ulcérations profondes, un peu jaunâtres, cratériformes qui ont dépassé les limites de la peau. Cette tumeur, presque indolente, est entourée d'une zone hyperémique; un peu à gauche de son bord externe on découvre un noyau intra-cutané de la dimension d'une pièce de 50 centimes, qui est évidemment de la même nature que la précédente. Celle-ci aurait débuté il y a un an à la façon des autres tumeurs mol-

Digitized by Google

luscoïdes; elle s'est ulcérée il y a trois mois et saigne facilement. Le malade attribue son inflammation à ce qu'elle est contusionnée par la pression de la ceinture. C'est pour s'en débarrasser qu'il est entré à la Clinique.

Nous présentâmes le malade à la Société des sciences médicales. Après avoir éliminé le diagnostic d'acné quelconque, de psorospermose de Darier, etc., nous nous arrêtâmes à l'hypothèse d'un molluscum contagiosum de Bateman, très confluent et dont l'un des éléments aurait subi une dégénérescence épithéliomateuse. L'aspect de l'éruption était tel que plusieurs membres de la Société acceptèrent notre opinion, bien que les organes génitaux fussent indemnes, etc.

Le 5 février, nous enlevâmes au malade :

1° La tumeur du dos par une longue incision losangique. Nous dûmes extirper tous les tissus jusqu'à l'aponévrose.

A la section, le néoplasme encore bien limité nous apparaît constitué par un tissu gris-bleu d'aspect carcinomateux, à allure térébrante. Le derme et toute l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané étaient envahis. Deux fragments sont réservés pour l'examen histologique : l'un (A) pris au centre de la tumeur, l'autre (B) sur le bord et comprenant la peau marginale.

2° Une des tumeurs molluscoïdes (C). Celle-ci est constituée par une masse néoplasique du volume d'un noyau de cerise entourée par une coque épaisse de tissu conjonctif la séparant complètement des tissus voisins.

3° Par transfixion une petite tumeur (D), du volume d'une tête d'épingle, siégeant au niveau de l'espace inter-sourcilier, Ce petit grain est lisse, dur, de couleur blanc-bleuâtre ; il a été facilement énucléé.

Ces quatre fragments, que nous appellerons désormais A, B, C, D, furent fixés par l'alcool pour être examinés histologiquement. Nous rappellerons que les deux premiers A et B appartiennent à la tumeur ulcérée du dos, les deux derniers C et D ont été pris sur le visage.

Les coupes faites au laboratoire de M. le prof. Renaut furent les unes colorées par le carmin aluné et montées dans

Digitized by Google

le Damnar, les autres colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine. M. le prof. agrégé Vialleton et M. le docteur Lacroix, préparateur du laboratoire, ont bien voulu les examiner et nous aider à les interpréter ; nous sommes heureux de trouver cette occasion de les remercier de leur extrême obligeance.

Voici le résultat de l'examen histologique :

Pièce A : Examinée à divers grossissements, elle apparaît constituée par des amas de cellules disséminées dans un stroma de tissu fibreux.

Ces amas ont une disposition générale lobulée ; leur forme est des plus irrégulières, leur volume très variable : à côté de masses cellulaires volumineuses, on en trouve de toutes petites constituées au plus par sept ou huit cellules et indiquant une tumeur en voie d'évolution et d'accroissement.

Les cellules qui les constituent sont polymorphes, irrégulièrement distribuées ; on ne les voit nulle part former une couche génératrice régulière, et il en résulte que l'examen de cette seule pièce ne permettrait pas d'affirmer la nature épithéliale de ces cellules qui par leur disposition et leur polymorphisme ressemblent beaucoup à des cellules de carcinome.

Le noyau de ces cellules présente de nombreuses figures de karyokynèse à des étapes diverses, et ce fait, rapproché de ce que nous avons dit plus haut de la disposition générale des groupes, achève de donner à la tumeur un caractère évolutif très marqué.

En quelques points au centre des boyaux cellulaires on trouve des cellules en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, mais nulle part rien qui ressemble à un globe corné.

Nous n'avons pas vu d'éléments que nous puissions considérer comme des coccidies.

Le tissu conjonctif qui sépare les masses cellulaires présente la constitution du tissu fibreux ordinaire sans aucune particularité notable.

Pièce B : Ici nous trouvons à l'une des extrémités de la coupe la peau qui est normale, sauf peut-être l'existence de

Digitized by Google

papilles un peu plus prononcées que celles présentées ordinairement par le tégument normal du dos. La peau cesse brusquement d'exister exactement au point où commence l'ulcération.

Profondément, on retrouve la masse néoplasique analogue en tout point à celle que nous venons de décrire (pièce A). Mais en outre, lorsqu'on suit les boyaux cellulaires en se dirigeant de la profondeur vers la surface, on voit les cellules qui les constituent se disposer régulièrement à la périphérie du tube et donner ainsi nettement l'impression que l'on a affaire non pas à un carcinome, mais à un épithéliome qui en s'enfonçant s'est diffusé et a pris ainsi l'aspect du carcinome.

Dans cette région superficielle de la tumeur le stroma est aussi quelque peu différent de celui de la région profonde. Là, en effet, il est constitué par les gros faisceaux conjonctifs du derme, et entre ces faisceaux les bourgeons épithéliaux s'enfoncent en formant un réseau dont la disposition générale rappelle assez bien celle des lymphatiques du derme.

Là encore pas de formations cornées. On ne voit sur nos coupes aucune glande sébacée ou sudorifère présentant quelque rapport avec le néoplasme.

Pièce C : Elle est entourée par une coque fibreuse qui, histologiquement, ne présente rien de particulier.

La tumeur est formée comme les précédentes par un stroma conjonctif et des bourgeons épithéliaux, mais on verra que par la disposition et la structure de ces éléments elle mérite d'en être nettement distinguée.

Les bourgeons épithéliaux ont un volume et une forme assez variables : les uns sont coupés en travers, les autres longitudinalement. Ces derniers se présentent sous forme de bandes qui paraissent enroulées sur elles-mêmes. Les cellules qu'ils contiennent sont assez régulièrement rangées en deux ou trois assises, et ces deux caractères les font ressembler assez à des tubes glandulaires.

Les cellules qui remplissent ces tubes diffèrent notable-

Digitized by Google

ment de celles étudiées plus haut. Elles sont plus petites, de forme plus régulièrement circulaire, et par leur apparence générale ressemblent bien aux cellules sudoripares. Celles qui sont situées à la périphérie du tube paraissent reposer sur une membrane homogène ressemblant à une vitrée épaissie. En certains points dans l'épaisseur des masses cellulaires on voit des sortes de petits kystes d'apparence homogène, colorés en jaune par le picrocarmin. Ils sont peu nombreux et tous assez petits relativement aux dimensions des tubes qui les contiennent.

Le stroma est constitué par du tissu conjonctif ordinaire sur la plus grande partie des coupes ; pourtant en certains points il prend nettement la conformation du tissu muqueux. Il est parcouru par des vaisseaux relativement nombreux et volumineux contenant sur quelques points un peu de fibrine. Ces vaisseaux ont tous l'apparence embryonnaire, leur paroi est réduite à un endothélium qui, sur quelques-uns, est desquamé, les cellules se trouvant libres dans la lumière du vaisseau. Sur quelques points les vaisseaux sont très rapprochés des îlôts épithéliaux qui sembleraient être ordonnés par rapport à eux.

Pièce D : Présente une structure identique à celle que nous venons de décrire pour la pièce C. Les îlots épithéliaux sont plus nombreux, plus serrés, et il paraît évident qu'il s'agit de deux tumeurs de même nature à un degré différent d'évolution.

D'après l'examen histologique que nous venons de rapporter, il nous semble que nous avons eu affaire à deux tumeurs différentes : la première (pièces A et B) est bien évidemment un épithéliome lobulé profond de la peau, tumeur maligne qui se fait remarquer cependant par l'absence de formations cornées, et qui revêt ainsi un caractère un peu particulier pouvant faire penser à une origine glandulaire. La seconde (pièces C et D) se distingue de la précédente au point de vue macroscopique par la couche de tissu conjonctif dense qui l'entoure et la limite, et histologiquement par la forme et l'arrangement différent des cellules et par sa vas-

Digitized by Google

cularisation. C'est aussi un épithéliome, mais un épithéliome à allure bénigne, si l'on veut un adénome.

Il importe maintenant de rechercher quel rapport peut exister entre cette seconde tumeur et les adénomes déjà décrits de la peau.

Malgré l'existence de vaisseaux embryonnaires assez nombreux et assez gros nous ne pouvons pas dire que nous ayons affaire à un angiome, et par conséquent nous pouvons éliminer de suite les nævi vasculaires verruqueux décrits par Darier (1), Pringle (2).

Nous devons rejeter également l'hypothèse d'un adénome sébacé analogue à celui décrit par Balzer et Ménetrier (3). En effet, si par l'aspect général de la tumeur, par la disposition tubulée de ses masses cellulaires, notre observation se rapproche assez de celle de ces auteurs, elle s'en distingue nettement par l'absence complète de rapports avec l'appareil pilo-sébacé, et surtout par l'absence de transformation sébacée des cellules épithéliales, transformation trouvée par ces auteurs en de nombreux endroits et que nous n'avons pas rencontrée sur nos coupes.

Il reste deux sortes de tumeurs adénoïdes de la peau, tumeurs très voisines l'une de l'autre, mais qui, d'après la majorité des auteurs, semblent néanmoins devoir être distinguées, ce sont : l'adénome sudoripare et le cystadénome de Besnier et Doyon, appelé encore idradénome éruptif, cellulome épithélial (Quinquaud), épithéliome kystique bénin de la peau (Jacquet), etc.

Sur l'adénome sudoripare nous n'avons pu consulter que le court résumé du travail de Perry dans les *Annales de dermatologie* de 1890. Il ne nous semble pas que cette description rappelle celle que nous venons d'exposer, et bien que

(1) Darier. *Bull. Soc. fr. de dermatologie*, 1890.

(2) Pringle : *Brit. Journ. of Dermat.*, résumé par Jacquet, *Annales dermatol.*, 1890. Il appelle sa tumeur adénome sébacé, mais d'après Besnier et Doyon (Traité de Kaposi) elle devrait être considérée comme nævus verruqueux.

(3) Balzer et Ménetrier : *Arch. de physiologie*, 1885.

Digitized by Google

l'absence de détails ne nous permette pas de poser un jugement certain, nous croyons pouvoir l'éliminer.

Reste l'idradénome qui, si l'on s'en rapporte à la description et aux figures du mémoire de Darier et Jacquet (1) ressemblerait beaucoup aux tumeurs que nous avons examinées. On trouve dans les deux cas même siège intra-dermique avec intégrité de l'épithélium, forme cylindrique des bourgeons cellulaires et disposition générale de ceux-ci et de leurs cellules rappelant en certains endroits la disposition des glandes sudoripares, même présence de kystes contenant une matière amorphe et réfringente. Il existe pourtant quelques caractères qui empêchent cette ressemblance de devenir une similitude complète. Dans le cas de Darier et Jacquet les bourgeons épithéliaux n'ont pas de membrane enveloppante, on y trouve des kystes en assez grand nombre (dans presque tous les boyaux); enfin il n'y a pas d'altérations vasculaires, et le tissu conjonctif interstitiel est normal. Dans le nôtre, au contraire, les masses cellulaires sont entourées d'une membrane amorphe qui a l'apparence d'une vitrée épaissie ; les kystes sont petits et très peu nombreux; il existe des lésions vasculaires manifestes consistant dans la présence de vaisseaux assez volumineux à parois embryonnaires. Enfin, sur quelques points le tissu du stroma présente d'une manière évidente la structure du tissu muqueux.

Quelle valeur faut-il donner à ces caractères distinctifs? Il ne nous semble pas qu'ils soient suffisants pour séparer complètement deux variétés de tumeurs qui ont entre elles de si grandes analogies, pourtant nous ne voudrions pas porter sur ce point délicat un jugement absolu et définitif.

Un dernier point reste à mettre en lumière, c'est la relation qui unit entre elles les deux tumeurs dont notre malade était porteur : adénome de la face, épithéliome du dos. Le second n'est-il que le résultat de l'évolution progressive du premier, ou bien a-t-il une existence indépendante, en

(1) Darier et Jacquet : *An. de dermatologie*, 1887.

Digitized by Google

un mot l'adénome en se développant peut-il devenir un épithéliome, ou bien celui-ci n'est-il qu'une lésion surajoutée ? A ce point de vue il est intéressant de rapprocher notre observation de celle communiquée par M. Hallopeau à la Société de dermatologie le 13 novembre 1890. Le malade en question présentait comme le nôtre des idradénomes localisés sur les paupières, et il avait en outre un épithéliome véritable de l'angle interne de l'œil.

M. Hallopeau parut considérer l'épithéliome comme une complication de l'idradénome ; au contraire, M. Besnier, qui prit la parole sur ce sujet, admit que par suite de l'écoulement des larmes il s'était fait à ce niveau une inoculation ayant produit de l'épithéliome et que cette tumeur s'était développée là comme sur un nævus. Nous ne trancherons pas le différend, mais nous ferons remarquer simplement que chez notre malade l'épithéliome du dos s'est développé au niveau du point où frottait sa ceinture, et que, par conséquent, quelle que soit l'opinion admise sur l'origine première de cet épithéliome, il faudrait dans notre cas, comme dans celui de M. Hallopeau, faire jouer aux irritations extérieures un rôle important dans les circonstances qui favorisent son développement.

Digitized by Google

TROIS

BASSINS A DOUBLE ANKYLOSE

SACRO-ILIAQUE

DONT UN AVEC RÉTRÉCISSEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR

PAR LE Dr A. SABATIER

En décembre 1889 (*Lyon Médical*) j'ai publié la description d'un bassin à double ankylose sacro-iliaque, dont le détroit supérieur avait conservé la forme générale d'un bassin normal, un peu réduite : c'était un justo minor. Les quelques cas connus, antérieurs au mien, avaient toujours montré un rétrécissement accusé des diamètres transversaux, et la constatation de la persistance d'une morphologie normale avec une lésion double d'ankylose était un fait nouveau, opposé à l'enseignement classique. Mon mémoire se terminait par les conclusions suivantes :

« Les bassins à double ankylose sacro-iliaque constituent un ensemble englobant sous une commune étiquette des types bien différents. On peut dissocier trois formes :

1° Les bassins de Robert-Dubois, relevant d'un traumatisme pelvien survenu pendant l'enfance. Le promontoire reste saillant au-dessus du détroit supérieur, et ce dernier présente un rétrécissement transversal.

2° Les bassins de Robert proprement dits, où l'étroitesse primitive du sacrum provoque la descente de cet os et commande le rétrécissement transversal dû à l'atrophie des ailerons sacrés.

3° Un troisième type est représenté par le bassin que j'ai décrit. Comme dans la deuxième variété, la viciation ne re-

Digitized by Google

connaît ni traumatisme, ni ostéite appréciable. Le sacrum soudé continue à surplomber le détroit supérieur; il est droit, rectiligne comme un sacrum de nouveau-né. Ses dimensions transversales, insuffisamment développées, ont donné au bassin la forme d'un justo minor, mais empêché tout rétrécissement transverse.

A ces trois formes, de nouvelles recherches viendront peut-être en joindre d'autres. »

L'espoir, inclus par hypothèse dans cette dernière phrase, s'est réalisé. Trois bassins à double ankylose sacro-iliaque, non encore décrits, vont nous montrer deux types ignorés, dont l'un avec rétrécissement antéro-postérieur. Ces trois faits portent à 18 le chiffre général des cas publiés. La liste en réalité devrait être réduite de quatre. Grenser, Schatz, Kleinwachter et Comelli ont pu observer des bassins transversalement rétrécis, mais ce caractère de viciation n'autorise pas par lui-même à diagnostiquer sur le vivant une double ankylose sacro-iliaque. L'erreur sera relevée avec des développements plus amples dans la thèse encore en chantier d'un de mes élèves, M. Charles Pacaud. Pour l'instant, je vais successivement exposer les détails d'analyse de nos trois nouveaux bassins.

A. — Bassin a rétrécissement antéro-postérieur.

Exemplaire unique, ayant appartenu à une femme adulte. Déposé depuis de longues années, j'ignore par qui, dans la collection de bassins viciés du laboratoire d'anatomie pathologique (Faculté de Lyon), il n'a pas eu, jusqu'à ce jour, le bonheur d'éveiller l'attention des chercheurs.

Ce bassin, je tiens à l'établir dès l'abord, n'est pas autre chose qu'un *aplati-rachitique*, où coexiste une synostose double sacro-iliaque. Les mensurations du détroit supérieur donnent les chiffres suivants : conjugué vrai, 8 cent. 4; obliques, 11 cent. 5; transverse, dans la région la plus large, près du promontoire, 13 cent. 4. A l'échelle ordinaire des diamètres du détroit supérieur, 11, 12, 13 centimètres, corres-

Digitized by Google

pond une série viciée, représentée par les moyennes : 8 1/2, 11 1/2, 13 1/2. Le bassin est aplati d'avant en arrière et l'arc antérieur pelvien rapproché du sacrum. On observera qu'ici, comme dans les bassins rachitiques vulgaires, le diamètre transverse a une dimension plutôt plus grande que la normale. Seuls les diamètres droits et les sacro-cotyloïdiens ont été raccourcis.

Signalons en outre une asymétrie, appréciable même à la vue. Le sacrum, au niveau du détroit supérieur, a une dimension horizontale de 9 cent. 4, dont 5 cent. 1 pour l'aileron gauche, 4 cent. 3 pour l'aileron droit. La symphyse pubienne regarde la portion gauche du promontoire ; une viciation oblique accompagne l'aplatissement antéro-postérieur. Le diamètre promonto-pubien s'est dédoublé en un conjugué *anatomique*, allant par un trajet oblique sur le point milieu du promontoire, et un conjugué *obstétrical* tombant à gauche de ce point milieu par un trajet direct. Les sacro-cotyloïdiens sont soumis à un dédoublement analogue. Cet aplatissement latéral est dû à la plus faible longueur comparative de l'aileron droit. La ligne innominée droite est restée plus aplatie, déviant ainsi la symphyse pubienne à gauche. Le degré d'asymétrie qui en résulte est loin d'atteindre celui des bassins obliques ovalaires de Nægelé. La viciation est plutôt superposable à celle de beaucoup de bassins coxalgiques et ne mérite en somme qu'une simple mention.

L'aplatissement antéro-postérieur se poursuit dans l'excavation. Le diamètre droit en effet a une longueur de 12 centimètres, le transverse 12,1, les obliques 12,3. Il en est de même au détroit inférieur. Le biischiatique et le coccy-sous-pubien ont 11 centimètres ; mais comme le coccyx manque, j'ai pris le diamètre droit à partir de la cinquième sacrée. En réalité, sur le vivant, le transverse était encore le diamètre le plus large.

La nature rachitique de la viciation générale est démontrée avec netteté par un ensemble de détails. Les épines pubiennes sont extrêmement saillantes, les crêtes pectinéales

Digitized by Google

très tranchantes. L'arc sous-pubien, de forme régulière, n'est pas élargi, mais les branches descendante du pubis, ascendante de l'ischion sont, au niveau des insertions musculaires, bordées de rugosités nombreuses. Les cavités cotyloïdes regardent plus franchement en avant. Près des articulations sacro-iliaques, la courbe du détroit supérieur subit une légère brisure angulaire.

Le sacrum, autour de son axe transversal, s'est incliné de telle sorte que le promontoire est abaissé sur le plan du détroit. Il ne l'a pas franchi et le surplombe encore d'une dizaine de millimètres. Par suite de cet enfoncement, les épines iliaques postérieures débordent de plus de trois centimètres la face sacrée postérieure. Les corps vertébraux ayant été poussés en avant entre les ailerons, la courbure horizontale habituelle du sacrum, bien que persistant en partie, est considérablement atténuée. La courbure verticale est diminuée et la concavité générale de l'os moins profonde. Son inflexion ne commence guère qu'à partir du bord inférieur de la troisième vertèbre, par une coudure rappelant le crochet aigu de certains bassins rachitiques. Vu par derrière, le sacrum est plus droit que d'ordinaire dans sa région supérieure ; il n'a cependant pas le type droit infantile. Les progrès du développement lui ont donné le type courbe général de l'état adulte.

En résumé, l'on a affaire à un bassin *aplati-rachitique*, pourvu de ses signes descriptifs accoutumés. L'intérêt particulier réside en la coexistence d'une double ankylose sacro-iliaque. Une coupe horizontale montre une complète fusion entre les diploés iliaque et sacré. Le tissu osseux a des mailles assez larges et irrégulières. Je l'attribue au remaniement du processus rachitique et je repousse toute idée d'une inflammation vraie, d'une ostéite. Il n'y a pas trace d'ostéophytes.

Certes, si le bassin décrit dans mon mémoire de décembre 1889, venait à l'encontre de l'enseignement dogmatique, celui-ci est plus formel encore, puisqu'au lieu de la viciation transversale il nous montre une déformation en sens opposé, une angustie antéro-postérieure.

Digitized by Google

Ceci établi, nous devons chercher à élucider, si possible, certains points de pathogénie. L'ankylose est-elle tardive ou hâtive? S'est-elle effectuée dans les années de la première enfance ou dans l'adolescence? Une hypothèse très séduisante par sa simplicité consisterait à envisager la viciation rachitique et l'ankylose double comme le résultat d'affections indépendantes, l'une précoce, le rachitisme, la seconde tardive, l'ankylose. Le rachitisme, dans les premières années de la vie, aurait modelé le pelvis suivant la formule connue des bassins rachitiques, et le sacrum, continuant son développement transversal, se serait soudé tardivement. L'ankylose aurait ainsi frappé un bassin déjà vicié par le rachitisme infantile et possédant l'amplitude de ses diamètres transversaux.

Malgré sa simplicité, je me défie de cette théorie. On ne peut, à la vue d'un tel bassin, se défendre de cette impression que la viciation rachitique et l'ankylose sont de même essence et ont été concomitantes. Pour dire toute ma pensée, je crois que *l'ankylose est de nature rachitique.* Elle relève, à mon avis, du même processus qui a exagéré les épines pubiennes, permis l'affaissement du promontoire ou l'aplatissement pelvien. Supposer une ostéo-arthrite double, dans le sens inflammatoire du mot, serait une opinion gratuite, que rien ne justifie en l'espèce. Parler d'une lésion congénitale, d'un trouble de l'ossification, d'un développement anormal des points osseux, c'est se leurrer d'explications vagues et avouer notre impuissance.

L'opinion que je soutiens repose au contraire sur des faits d'analyse indéniables. Déjà dans mon premier mémoire, concernant un bassin œqualiter justo minor, j'émis cette idée avec réserve. Elle se fondait sur l'existence de certains signes dont le groupement provoquait le soupçon d'une mollesse anormale du tissu osseux, à un moment donné de la vie. Ce défaut de résistance intime du diploé se vérifie également ici; il s'affirme par un ensemble de détails, par une série de lésions que nous savons rachitiques. Cette concordance est-elle donc un caprice du hasard? Ne doit-on pas

Digitized by Google

logiquement en tenir compte, au lieu de s'abandonner à des explications indémontrables ?

Si l'on se rappelle la constitution anatomique des articulations pelviennes, on ne sera point surpris de les voir quelquefois remaniées par un processus anormal d'ossification des os voisins. Les surfaces auriculaires sont recouvertes d'un fibro-cartilage, à prolongements villeux, affrontés sur ceux du côté opposé. Des ligaments périphériques serrés et denses, l'union solide des pubis restreignent la mobilité à de simples glissements. L'articulation est construite en vue d'une résistance passive aux pressions, mais elle offre à un processus ankylosant d'excellentes conditions prédisposantes. Si bien que la synostose est la règle chez certaines races animales, les oiseaux, le tapir, etc.

L'indépendance des deux os est dans la race humaine une loi soumise à des dérogations exceptionnelles. Les considérer *à priori* comme des ossifications spontanées, les comparer aux fusions du bassin des oiseaux me semble une erreur. La coexistence dans les deux faits déjà cités d'altérations rachitiques est un argument tangible, de valeur telle qu'il faut songer au contraire à une évolution maladive, à des ossifications pathologiques. Et le processus à incriminer, c'est le rachitisme. Il n'est pas étrange que ce trouble de l'édification des os en voie de développement puisse retentir sur des articulations immobiles, comme le sont les sacro-iliaques. Le rachitisme y pénètre par continuité, soit directement par les épiphyses, soit par la voie périphérique, le long de la capsule périostéo ligamenteuse. Il y trouve des fibro-cartilages qui d'abord se ramollissent et se vascularisent, s'encroûtent de sels calcaires, se médullisent et s'ossifient. Sur ces bassins à l'état sec, on notera donc d'une part les stigmates communs du rachitisme, de l'autre la soudure osseuse, en apparence spontanée. Le lien qui rattache la synostose au rachitisme apparaît dans les deux faits précédents indéniable. Se rallier à l'idée d'une ostéo-arthrite vraie, bilatérale, même sans suppuration et simplement adhésive, est une opinion, vraie en quelques cas, très douteuse dans la généralité.

Digitized by Google

Outre que rien le plus souvent, dans les antécédents ou à l'examen, ne l'autorise, ce serait fermer volontairement les yeux sur les signes palpables du rachitisme.

En définitive, pour le bassin qui me préoccupe, l'aplatissement antéro-postérieur et l'ankylose sont de même nature et contemporains, procèdent tous deux d'un rachitisme infantile. Comme dans les bassins aplatis rachitiques vulgaires, le sacrum évoluant autour de son axe transverse a incliné son promontoire en avant, sur le plan du détroit supérieur. Je n'ai pas à insister sur les causes de ce mouvement, caractère commun des bassins rachitiques, lié à la mollesse anormale de l'os. Je rappelle seulement que la pression du poids du tronc pousse en bas et en avant le corps des trois vertèbres supérieures entre les ailerons retenus par les ligaments sacro-iliaques. Le sacrum, dans sa région supérieure, acquiert ainsi une forme droite, tandis que sa partie inférieure se coude en avant, sous l'influence de la position assise et de la tension des grands ligaments sciatiques. Ce mouvement d'abaissement se produit dans l'intimité de la pyramide sacrée, ployée pour ainsi dire sur elle-même, au point de jonction des corps et des ailerons. L'ankylose par conséquent ne saurait l'entraver. Elle n'a pas à le précéder et ne peut au contraire que le favoriser, en retenant davantage les ailerons en arrière.

Considérant démontrée la précocité de l'ankylose, son apparition dès le jeune âge, on doit se demander pourquoi cette coalescence n'a pas réduit les diamètres transversaux, pourquoi le sacrum, en un mot, a persisté à se développer en largeur. Pour une raison simple, l'intégrité des cartilages conjugaux. Sur une coupe horizontale, les corps vertébraux sont séparés des ailerons par un cartilage d'accroissement, absolument analogue à ceux des os longs. Tout en ossifiant les cartilages des oreilles articulaires, le rachitisme a respecté dans leur plus grande part ces cartilages d'accroissement; leurs régions juxta-épiphysaires ont continué à élaborer de nouvelles couches osseuses. De là le développement en largeur et le maintien des dimensions transversales du pelvis.

Digitized by Google

En ce qui concerne le travail de l'accouchement dans un bassin ainsi constitué, on n'a aucun renseignement sur ce qui a pu survenir pendant la vie. On sait, toutefois, que la tête se fût placée en position transversale, le bi-temporal ou un diamètre voisin parallèle au conjugué. Le diamètre droit du détroit supérieur ayant moins de 9 centimètres et plus de 8, l'accouchement naturel était possible encore, mais par exception. Il y a toutes chances pour qu'une intervention eût été nécessaire.

PESÉE, MENSURATIONS & PLANS

1° Poids.

Le poids est de 455 gr. Le coccyx, les vertèbres lombaires et les fémurs font défaut.

2° Pelvimétrie externe.

Diamètre droit :

Apophyse épineuse de la 1re vertèbre sacrée au pubis : 15 cent.

Diamètres tranverses :

Milieu d'un crête iliaque à l'autre : 27 cent. 6.
Épine iliaque antéro-sup. à l'autre : 24 cent. 3.

Diamètres obliques :

Épine iliaque ant. sup. gauche à ép. iliaq. post. sup. droite : 14 cent. 8.
Épine iliaque antéro-supérieure gauche à ischion droit : 23 cent. 8.
Épine iliaque ant. sup. droite à ép. iliaq. post. sup. gauche : 14 cent. 7.
Épine iliaque ant. sup. droite à ischion gauche : 23 cent. 2.

3° Losange de Michaelis.

La dernière lombaire étant absente, on a pris comme point de repère la première vertèbre sacrée.

Apophyse épin. sacrée à ép. iliaq. post. sup. gauche : 3 cent. 7.
— — — droite : 4 cent. 4.
Épine iliaque post. supérieure à l'autre : 7 cent. 4.

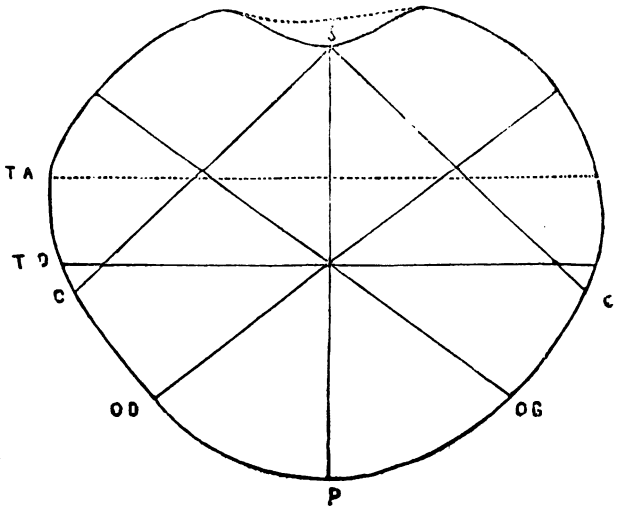
4° Détroit supérieur.

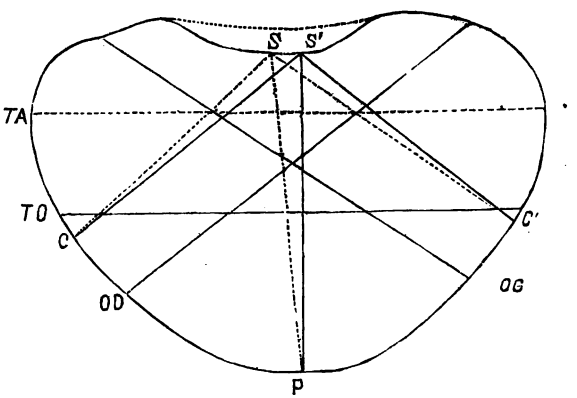
Quelques explications sont nécessaires. Comme terme de comparaison, au dessus du plan du détroit cynostosique, je donne celui d'un bassin normal. Les figures sont réduites de moitié.

Le plan du bassin ankylosé montre bien l'absence de tout rétrécisse

Digitized by Google

ment transverse, l'aplatissement au contraire des diamètres droits. La forme est en outre asymétrique et le pubis regarde à gauche du point milieu du promontoire. De là un dédoublement du conjugué : un conjugué *anatomique* se dirige sur le milieu du promontoire par un trajet oblique, un conjugué *obstétrical* tombe en ligne droite à gauche du premier. Il y a un dédoublement analogue des sacro-cotyloïdiens.





J'ai construit deux diamètres transverses, l'un anatomique, dans la partie la plus large du bassin, et rapproché du promontoire, l'autre obstétrical sur le milieu des conjugués.

Les diamètres obliques ont une mensuration égale, ce qui cadre peu

Digitized by Google

avec la viciation oblique d'asymétrie. Cela résulte de ce que l'articulation sacro-iliaque droite légèrement renflée a diminué la longueur du diamètre O G. Pour rendre la figure plus claire, je n'ai pas choisi comme point de repère l'éminence iléo-pectinée où viennent tomber les sacro-cotyloïdiens, mais un point situé à deux centimètres plus en avant.

A la partie supérieure une ligne pointillée représente le tracé du détroit au niveau du corps de la première sacrée ; la ligne pleine au-dessous est la projection du promontoire sur le plan du détroit. Il surplombe d'une dizaine de millimètres. Les conjugués et sacro-cotyloïdiens sont arrêtés sur cette courbe de projection.

Conjugué vrai anatomique : 8 cent. 4.
— obstétrical : 8 cent. 3.
Sacro-cotyloïdien anatomique gauche : 7 cent. 8.
— — droit : 7 cent.
Sacro-cotyloïdien obstétrical gauche : 7 cent. 1.
— — droit : 7 cent. 7.
Oblique gauche : 11 cent. 5.
— droit : 11 cent. 5.
Transverse anatomique : 13 cent. 4.
— obstétrical : 12 cent. 1.

5° Excavation.

Diamètre droit : 12 cent.
— oblique : 12 cent. 3.
— transverse : 12 cent. 1.

6° Détroit inférieur.

La mensuration du coccy-sous-pubien part de la dernière vertèbre sacrée. Tenant compte du coccyx absent, il faut en réduire la valeur. La différence entre les ischio-coccygiens gauche et droit montre que l'aplatissement oblique de la moitié pelvienne droite se poursuit jusqu'au détroit inférieur.

Coccy-sous-pubien : 11 cent.
Ischio-sous-pubien gauche : 8 cent. 6.
— droit : 8 cent. 6.
Ischio-coccygien gauche : 8 cent. 6.
— droit : 8 cent. 2.
Biischiatique : 11 cent.

7° Arcade des pubis.

L'arcade des pubis est de forme régulière, mais ses bords sont chargés de rugosités anormales, indices des tractions musculaires. Le biischiatique est de 11 centim. ; la hauteur générale de l'arcade de 6 cent. 7.

Digitized by Google

8° Mensurations particulières.

L'os iliaque droit est dans toutes ses parties un peu plus volumineux que celui du côté gauche, mais cette augmentation est en somme peu importante.

Largeur du sacrum au niveau du détroit supérieur :	9 cent. 4.
— de l'aileron sacré (1re vertèbre) gauche :	5 cent. 1.
— — — — droit :	4 cent. 3.
Hauteur du sacrum (moins le coccyx) :	8 cent. 6.
— de la symphyse pubienne :	3 cent. 6.
— de l'excavation (pointe du coccyx au milieu du conjugué) :	9 cent. 3.

B. — Bassin a ankylose partielle double (type Robert-Dubois non traumatique).

Le laboratoire d'anatomie pathologique (Faculté de Lyon) possède dans ses collections un bassin très singulier. Avant mes travaux personnels, les bassins à double ankylose connus s'accompagnaient tous d'un rétrécissement transversal, mais se divisaient cependant en deux types. Le premier, type Robert proprement dit, d'origine spontanée, où le promontoire s'infléchit sur le plan du détroit supérieur ; le second, type Robert-Dubois, d'origine traumatique, différencié par le maintien du promontoire à son niveau normal. Deux faits, celui de Dubois décrit par Robert et celui de Depaul, représentent ce second type. Le bassin dont je m'occupe actuellement ressemble au point de vue morphologique au type Robert-Dubois, mais s'en éloigne par sa pathogénie *non traumatique*.

Il s'agit d'un pelvis masculin, allongé dans ses diamètres droits, rétréci dans les transverses, pourvu en outre d'un léger aplatissement oblique de la moitié gauche et dont le sacrum est soudé aux iliaques par une ossification des ligaments articulaires supérieurs. L'ankylose est donc partielle : elle a respecté les surfaces auriculaires, frappé la partie supérieure de la capsule périphérique. La suture entre la fosse iliaque interne et la face supérieure de l'aileron est remplacée par une sorte de boursouflure ossifiée, très saillante.

Digitized by Google

Il semble que du corps de la première sacrée des coulées osseuses aient descendu sur les iliaques et les aient immobilisés sur une étendue de 5 à 6 centimètres. L'union a dépassé les limites de l'interligne articulaire supérieur ; elle a envahi les ligaments iléo-sacrés, en même temps que le ligament supérieur de l'articulation.

Le sacrum a six vertèbres, une de plus qu'à l'accoutumée. Aussi le promontoire est extraordinairement surélevé au-dessus du détroit (4 centimètres). Un toucher vaginal ne pourrait l'atteindre. Le plan du détroit passe au tiers supérieur de la deuxième sacrée. D'où cette impression que la première ne serait en réalité qu'une cinquième lombaire anormalement soudée.

Telle n'est point cependant l'opinion autorisée de M. Testut, consulté à ce sujet. Dans cette vertèbre, à caractères lombaires, M. le professeur Testut voit la 25e de la série vertébrale, soit la première sacrée. Les études modernes de Rosemberg et de Régalia nous ont appris en effet que pendant la période du développement embryonnaire les os iliaques ne correspondent pas dès l'abord avec ce qui sera plus tard la première sacrée. Placés par exemple en face de la troisième, ils s'élèvent peu à peu, et grâce à une ascension progressive, arrivent finalement au contact de la première. Sous l'influence d'un trouble dont la cause échappe, ce mouvement d'élévation aurait été entravé dans l'espèce. Les os iliaques, au lieu d'atteindre la 25e vertèbre, se seraient arrêtés au niveau de la 26e. Celle-ci occuperait le siège d'une première sacrée normale ; celle-là, devenue une sorte de vertèbre lombaire de transition, serait cependant la 25e, c'est-à-dire la vraie première. Par compensation, au pôle opposé de la pyramide sacrée, la première coccygienne se serait soudée, établissant ainsi le chiffre anormal de six vertèbres.

Au fond ces considérations d'anatomie générale importent peu à l'accoucheur. Que la vertèbre surajoutée soit une lombaire ou une coccygienne, on n'est pas moins en présence d'un sacrum dont la première, tout entière hors du pelvis, s'est unie aux iliaques par des ossifications, le long

Digitized by Google

des ligaments iléo-sacrés et sacro-iliaques supérieurs. La *pièce costale* (Gegenbaur) de cette vertèbre ne pouvant s'articuler normalement s'est répandue en largeur comme une nappe osseuse qui l'a soudée aux os voisins.

Le type obstétrical du détroit est celui d'un Robert-Dubois, exagéré au point de vue de l'élévation du promontoire et de moindre valeur pour la rupture de l'équilibre entre les dimensions directes et transverses. Le sacro-pubien a 11 centimètres ; le transverse, dans la portion la plus large, 11 centimètres 6. Bien qu'il s'agisse d'un bassin masculin, la tendance au rétrécissement transversal est donc bien certaine. Elle n'atteint pas toutefois le degré ordinaire.

A préciser la cause pathogénique de l'ankylose, on doit rejeter l'hypothèse d'une fracture ou d'une ostéo-arthrite suppurée bilatérales, lésions dont il n'existe aucuns signes apparents. Il faut choisir entre le rachitisme et une arthrite adhésive, par exemple rhumatismale. Je me rallie pour ma part au rachitisme : voici pourquoi. C'est un bassin lourd (550 gr.). Les tables sont séparées par une épaisseur énorme de diploé. Les pubis, les épines iliaques antéro-supérieures et inférieures, les épines postéro-supérieures, les crêtes ont un volume peu ordinaire. Des rugosités sont éparses. Je note spécialement celles qui transforment en lames de scie le pourtour des trous ovales. Une division très générale reconnaît deux formes de pelvis rachitiques, l'une atrophique à os grêles, à arêtes tranchantes, l'autre massive à os boursouflés et lourds. Notre bassin se rattacherait à cette dernière. Bien que ce soit un pelvis masculin, je trouve une telle exagération des caractères sexuels que je soupçonne le rachitisme. D'autre part, le rétrécissement transversal (le plus large transverse n'a que 11 cent. 6) indique bien l'apparition de l'affection génératrice avant l'âge adulte. A cette période jeune de la vie et les sacro-coxalgies tuberculeuses éliminées, à quoi peut-on songer sinon au rachitisme !

Ce trouble du développement régulier du tissu osseux a tout à la fois accusé davantage les saillies, les crêtes et l'épaisseur des tables, ossifié prématurément les régions juxta-

Digitized by Google

épiphysaires sacrées d'accroissement transversal, d'où le rétrécissement transverse, ossifié les ligaments iléo-sacrés et sacro-iliaques supérieurs, d'où l'ankylose double.

MENSURATIONS

1° Détroit supérieur.

Promonto-pubien : 11 cent. 2.
Sacro-pubien (dans le plan du détroit) : 11 cent. 5.
Sacro-cotyloïdien gauche : 9 cent.
— droit : 9 cent. 5
Oblique gauche : 11 cent. 1.
— droit : 11 cent. 5.
Transverse anatomique : 11 cent. 6.
— obstétrical (milieu du conjugué) : 11 cent.

2° Détroit inférieur.

Le coccyx persiste soudé à la sixième vertèbre sacrée.
Coccy-sous-pubien : 10 cent. 8.
Biischiatique : 9 cent.

3° Mensurations particulières.

Épaisseur :

Épines iliaques antéro-inférieures : 1 cent. 4.
— — supérieures : 1 cent. 5.
— postéro-supérieures : 2 cent. 6.
Milieu des crêtes iliaques : 1 cent. 8.
Pubis : 2 cent. 1.

Hauteur du sacrum (moins le coccyx) : 12 cent.
Largeur du sacrum (au niveau du détr. sup. : 9 cent. 8.

C. — Bassin a ankylose partielle double (type Robert).

J'ai trouvé dans les collections du laboratoire d'anatomie normale (Faculté de Lyon) un bassin atteint comme le précédent d'une ankylose partielle double.

En voici la description : Bassin masculin adulte, avec soudure double partielle. Les 2e et 3e vertèbres sacrées sont fusionnées aux os iliaques ; la première est indépendante. Le sacro-pubien, mesuré dans le plan du détroit supérieur, a 12 centimètres, le transverse 12,6. La forme du détroit

Digitized by Google

présente donc un léger aplatissement transversal. Il s'y joint une asymétrie oblique, car le sacro-cotyloïdien gauche a 9 cent. 3, le droit 8 cent. 8. Le sacrum a subi un très léger mouvement de descente : la face supérieure de la première sacrée affaissée est presque dans le même plan que les ailerons. Ce bassin en somme est un degré atténué du type de Robert proprement dit. Il possède, très restreints, les deux caractères signalétiques : rétrécissement transverse et enfoncement du promontoire.

Pas de fractures, pas d'ostéites appréciables. Par contre, des rugosités anormales sont disséminées sur les ischions, le long des crêtes iliaques, le long des gouttières obturatrices. Le bassin appartient à la forme massive du rachitisme. Il pèse 510 grammes. Les mensurations ci-dessous montreront une épaisseur inaccoutumée des pubis et des diverses épines.

MENSURATIONS

1° Détroit supérieur.

Promonto-pubien :	11 cent. 3.
Sacro-pubien (dans le plan du détroit) :	12 cent.
Sacro-cotyloïdien gauche :	9 cent. 3.
— droit :	8 cent. 8.
Oblique gauche :	12 cent. 8.
— droit :	12 cent. 5.
Transverse anat. (portion la plus large) :	12 cent. 6.
— obstétrical (milieu du conjugé) :	11 cent. 7.

2° Détroit inférieur.

Sacro-sous-pubien (coccyx absent) :	10 cent. 2.
Biischiatique :	10 cent. 4.

3° Mensurations particulières.

Pubis :

Épaisseur :	1 cent. 8.
Hauteur :	5 cent. 1.

Sacrum :

Largeur (au niveau du détroit supérieur) :	11 cent.
Hauteur (moins le coccyx) :	9 cent. 7

Digitized by Google

Épaisseur :

Épine iliaque antéro supérieure gauche :	1 cent. 9.
— — droite :	2 cent. 3.
Milieu des crêtes iliaques, à gauche :	2 cent. 8.
— — à droite :	2 cent. 5.
Épine iliaque postéro-supér. gauche :	2 cent. 5.
— — droite :	2 cent. 2.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

L'enseignement qui découle de l'étude de ces trois nouveaux bassins m'oblige à élargir les conclusions de mon mémoire de décembre 1889. Aux trois types morphologiques décrits alors : types Robert, Robert-Dubois, *æqualiter justo minor*, il faut joindre :

4° Type à rétrécissement antéro-postérieur ;

5° Un type original [illegible] forme Robert-Dubois par le rétrécissement transverse et l'élévation du promontoire, s'en distinguant par un sacrum à six vertèbres et l'origine non traumatique de l'ankylose.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 24 1897

La synostose double est donc une lésion presque banale, incapable par elle-même de modeler le pelvis suivant une règle uniforme. Elle accompagne des viciations obstétricales très variables, voire opposées. C'est une erreur de l'avoir considérée comme liée toujours au raccourcissement des diamètres transversaux.

Mais une cause pathogénique domine la malformation générale du bassin et la soudure sacro-iliaque. L'influence des fractures et des ostéo-arthrites, suppurées ou non, dans le bas-âge est parfaitement démontrée en certains cas. Pour d'autres, au contraire, et ce sont les plus fréquents, toute cause appréciable semble faire défaut. On a eu recours à des théories vagues et l'on a invoqué l'arrêt spontané d'accroissement, l'union congénitale des épiphyses, un trouble de l'ossification régulière. A ces théories illusoires, nous préférons celle du rachitisme, parce qu'elle est au moins fondée sur des signes palpables et ne répugne pas à l'esprit.

Les mêmes remarques auraient leur place en ce qui con-

Digitized by Google

cerne les bassins à ankylose unilatérale ou de Nægelé. Comme pour ceux à double ankylose, ils se sérient en deux groupes pathogéniques. Le premier relève d'ostéo-arthrites, sacro-coxalgies ou coxalgies agissant par propagation ; le second est attribué à des soudures, des ossifications spontanées. Je crois qu'il faudra désormais dans les faits du second groupe s'attacher à rechercher une cause plus précise, les stigmates du rachitisme.

Digitized by Google

NOTE

SUR LES

SOUFFLES VEINEUX CONTINUS

DE LA RÉGION SUS-OMBILICALE

PAR LE Dr J. AUDRY

J'auscultais un jour une malade atteinte de goître exophtalmique et présentant de l'ictère, lorsque mon excellent interne, M. Perriol, qui se trouve de ce fait l'inspirateur de cette note, me fit remarquer l'existence d'un souffle siégeant dans la région sus-ombilicale. En examinant les choses de près, je m'aperçus facilement que ce souffle était continu et partant qu'il devait être d'origine veineuse. L'observation d'un certain nombre de malades nous amena, comme on le verra tout à l'heure, à conclure qu'il n'était pas rare de constater chez plusieurs sujets semblable phénomène, phénomène qui, soit dit en passant, ne paraît guère avoir attiré l'attention des cliniciens français.

Si nous feuilletons en effet le *Traité pratique d'auscultation* de Barth et Roger, nous ne trouvons mentionnées que les seules indications suivantes :

« Il est rare que le souffle continu soit perçu dans d'autres sections du système vasculaire (il s'agit des vaisseaux du cou); Hope l'aurait cependant constaté dans les veines de l'abdomen. »

Barth et Roger reproduisent encore l'opinion de Rœser (1), qui a insisté sur l'existence d'un souffle veineux continu

(1) Rœser : *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXVIII.

Digitized by Google

dans l'engorgement splénique. Rœser a d'autre part noté, dans certains faits où la veine porte est accessible, un bruit de souffle continu « dont la cessation pourrait servir à diagnostiquer la thrombose de ce vaisseau ».

H. Barth, dans le Dictionnaire de Dechambre (article SOUFFLE), rappelle, de son côté, que Ward et que Hope ont pu constater des murmures très appréciables au niveau des veines dilatées de la paroi abdominale, et loin de toute artère.

En nous adressant à la littérature étrangère nous trouvons des documents beaucoup plus nombreux : nous citons ceux que nous avons pu recueillir en parcourant quelques ouvrages.

Walshe (1) déclare que le murmure veineux s'observe par ordre de fréquence :

Dans les jugulaires externes et internes ;
— les sous-clavières ;
— les fémorales ;
— les axillaires ;
— les veines caves supérieures et inomminées ;
— les veines du pli du coude ;
— *certaines veines abdominales ;*
— les veines pulmonaires ;
— le sinus longitudinal supérieur.

Il cite en note le cas d'une femme qui offrait un bourdonnement continu, intense, accompagné d'un murmure artériel intermittent, dont le maximum se trouvait un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, et qu'on pouvait entendre même à droite de la ligne médiane.

Le *bruit de diable de la veine cave inférieure* a été signalé, au dire de Friedreich, par Cejka (*Prag. Viert.*, 1850), par Hamernjk (*Ibid.*, 1853), et par Heynsius ; mais c'est Friedreich (2) lui-même qui, dans son grand travail sur l'exa-

(1) Walshe : *A practical treatise on the diseases of the hearth...*, 1873, p. 141.

(2) Friedreich : Beitræge zur physikalischen Untersuchung der Blutgefasse. *Deutsch. Archiv fur klinische Medicin*, 1881.

Digitized by Google

men physique des vaisseaux sanguins, a traité le sujet avec le plus de compétence. Nous ne saurions mieux faire que d'analyser ses vues auxquelles nous n'aurons guère qu'à souscrire tout à l'heure.

« Lorsqu'on ausculte l'épigastre, et qu'on dépasse la pression nécessaire à la production du bruit de pression artériel, on peut très fréquemment obtenir un second bruit, évidemment de nature veineuse, produit par le rétrécissement de la veine cave inférieure, et dans la création duquel le pancréas joue le rôle d'intermédiaire. Cette seconde partie du double bruit artériel et veineux est un bruit de diable diastolique dont l'établissement est favorisé par la dilatation diastolique du ventricule droit qui accélère le cours du sang dans la veine cave inférieure. Sa nature veineuse n'est pas seulement démontrée par le timbre soufflant, bourdonnant et quelquefois chantant, qu'on retrouve dans les bruits de diable observés au niveau des jugulaires et des autres veines ; elle l'est aussi par ce fait qu'on ne l'entend qu'au niveau de la région épigastrique. Dans cette région, le pancréas couché en travers recouvre l'aorte en même temps que la veine cave inférieure et rend possible une compression simultanée de ces deux vaisseaux, ce qui ne doit jamais exister dans les régions inférieures de l'abdomen.

Avec un certain degré de pression on peut transformer le second bruit en bruit continu, au sein duquel on distingue encore nettement, dans certaines circonstances, le premier bruit artériel avec sa marche intermittente régulière. A plusieurs reprises, j'ai rencontré ce *double bruit mixte épigastrique* chez des individus parfaitement bien portants ; je l'ai aussi noté chez des anémiques, des chlorotiques spécialement prédisposés à la production des bruits de diable, chez des malades atteints d'affections fébriles diverses (typhus, érysipèle de la face). Dans ces cas, les tons cardiaques se transmettant de leur côté à l'épigastre, on n'entend, au premier moment, que la somme d'un certain nombre de phénomènes acoustiques confondus, mais on démêle vite ces derniers avec quelque attention. Pendant les inspirations

Digitized by Google

fortes et profondes, ces doubles bruits épigastriques que nous décrivons, faiblissent ou cessent même complètement ; sans doute, et on se rend compte de la chose en sentant son oreille soulevée par le stéthoscope, parce que la descente du diaphragme soulève l'épigastre. Ainsi se produisent en effet pour l'oreille l'éloignement du foyer de production et la diminution ou même la cessation absolue de la pression sur les vaisseaux. Pendant les respirations calmes, au contraire, le double bruit reste sans changement dans les deux phases respiratoires, certainement parce que la pression du stéthoscope ne varie pas. »

H. Eichorst (1) parle du souffle en question comme s'il s'agissait d'un phénomène clinique courant. « Il se produit, dit-il, des bruits veineux absolument analogues, tant artificiels que spontanés, au niveau de la veine cave inférieure que l'on ausculte à droite de la ligne blanche, à la hauteur de l'ombilic et à l'aide d'un stéthoscope infundibuliforme. » Il ajoute, et nous voyons qu'il est en désaccord avec Friedreich. « Dans les veines crurales et la veine cave inférieure, aussi bien que dans les jugulaires, le bruit de diable augmente d'intensité à chaque inspiration ; bien plus, dans les unes comme dans les autres, il ne se perçoit que pendant ce temps de la respiration (bruit de diable inspiratoire pur). »

Nous n'avons pour notre compte recherché le souffle veineux sus-ombilical que chez une quarantaine de malades, et nous l'avons trouvé dix fois : on voit que la proportion est considérable. Nous donnons ici le résumé très bref de nos observations qui ont été recueillies dans un service de femmes.

Obs. I. — M. M..., 50 ans. — *Goître exophtalmique, avec ictère intercurrent. — Mort par pneumonie grippale.*

Souffles doux au niveau du goître ; bruits du cœur éclatants sans souffles, au moment de l'entrée. Foie descendant jusqu'à la crête iliaque.

(1) H. Eichorst : *Traité de diagnostic médical*, trad. par Marfan et Weiss.

Digitized by Google

27 octobre. A l'auscultation du cœur, tendance au bruit de galop. Les bruits du cœur sont éclatants au niveau de la pointe et de l'appendice xiphoïde. Battements xiphoïdiens prononcés. Le pouls n'est qu'à 84.

Au-dessus de l'appendice xiphoïde, le long de la ligne blanche, on entend avec le stéthoscope un bruit de souffle continu, très intense, analogue aux bruits de souffle des chlorotiques, avec renforcement systolique. Au-dessous de l'ombilic et sur la ligne blanche, on ne perçoit plus qu'un souffle systolique, qu'on retrouve sur une certaine étendue, à gauche de la ligne blanche et au-dessous des fausses côtes.

En auscultant la région lombaire, on trouve sur la colonne un bruit de souffle systolique doux, à maximum dans la région dorsale inférieure. On le retrouve en haut jusqu'à la 4e ou 5e dorsale; en bas, jusqu'à la 4e ou 5e lombaire.

La région cervicale droite, au-dessus du goître, présente du frémissement systolique à la palpation, et un bruit de souffle continu à maximum systolique.

Pas de souffle au niveau des globes oculaires. Souffle systolique, à l'auscultation des vaisseaux fémoraux, au niveau du pli de l'aine.

La malade présente de l'ictère. T. R. entre 38° et 38°,5. Elle a la paroi abdominale chiffonnée et très relâchée. L'ombilic, qui se laisse très facilement déplacer, est à 13 centimètres de l'appendice xiphoïde.

30 octobre. L'auscultation révèle les mêmes signes, seulement le souffle systolique ne se retrouve plus au-dessous de l'ombilic.

6 novembre. On note le bruit de souffle continu abdominal, avec son renforcement.

7 novembre. Le souffle abdominal continu paraît mieux s'entendre à la fin de l'inspiration et à l'expiration.

25 nov. Le souffle abdominal continu ne se trouve qu'au niveau de l'appendice xiphoïde. L'ictère a beaucoup diminué.

Obs. II. — P. M..., 18 ans. — *Tænia mediocanellata datant de cinq ans. Anémie. — Coliques fréquentes.*

23 décembre. Ventre très souple et très dépressible.

Au cœur : bruit de souffle systolique dans toute la région précordiale, avec maximum au foyer aortique. Léger piaulement diastolique extra-cardiaque, derrière le sternum.

Au-dessus de la clavicule à droite, frémissement continu, superficiel et doux, à la palpation; souffle continu d'une intensité extrême.

Battements de l'aorte abdominale. Frémissement à la palpation de cette dernière, et bruit de souffle systolique très intense, en l'auscultant.

A trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et légèrement à droite, bruit de souffle abdominal continu, apparaissant avec la plus grande netteté après quelques respirations un peu profondes et rapides. Il se ren-

Digitized by Google

force par intervalles et offre par moment un timbre un peu musical, tantôt sibilant, tantôt grondant. Pression du stéthoscope légère.

28 décembre. On entend toujours très facilement dans le région sus-ombilicale un bruit de souffle systolique, et par derrière, plus sourd, plus lointain, un bruit de souffle continu qui se renforce de temps en temps lui-même; on ne l'a pas trouvé nettement diastolique.

30 décembre. Souffle systolique au cœur, surtout vers l'orifice pulmonaire. On entend toujours très bien le souffle continu avec un renforcement qui paraît indépendant du souffle artériel.

Obs. III. — A. V..., 22 ans. — *Chlorose. — Anémie.*

A la date du 27 novembre, après avoir très longtemps ausculté la malade, et n'avoir entendu qu'un souffle systolique très intense dans la région sus-ombilicale, on finit par percevoir au-dessus de l'ombilic un bruit continu très net, musical, variant à la fois d'intensité et de timbre. Il ne se perçoit que dans l'expiration et on entend le souffle systolique derrière lui.

Le ventre est plutôt volumineux, et les parois abdominales sont épaissies.

22 décembre. On ne retrouve pas le souffle abdominal continu.

Obs. IV. — J. P..., 18 ans. — *Chlorose. — Dyspepsie.*

15 décembre. A trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et sur la ligne ombilicale même, on constate, en appuyant fortement le stéthoscope, l'existence d'un souffle intense, à timbre un peu grondant, simulant tantôt un souffle à double courant, tantôt un souffle absolument continu. Il est augmenté par les respirations rapides et fortes.

L'abdomen est relativement ferme, mais se laisse assez facilement déprimer par le stéthoscope.

A l'auscultation des vaisseaux du cou, souffle systolique intense, et, par intervalles, souffle continu dans le creux sus-claviculaire.

17 décembre. On ne retrouve plus qu'un souffle systolique dans la région sus-ombilicale.

Obs. V. — J. M..., 18 ans. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Endocardite et péricardite. — Anémie consécutive.*

23 novembre. On ausculte la malade dans la région abdominale. On n'entend d'abord aucun souffle ; mais après une série de très fortes respirations, on perçoit, à droite de la ligne blanche et à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un bruit de souffle continu très net et à timbre musical.

Dans les fortes inspirations, on entend un souffle continu au dessus de la clavicule droite.

Digitized by Google

26 nov. Le cœur bat très rapidement pendant l'auscultation. On entend un souffle systolique intense dans la région sus-ombilicale; bruit continu très douteux.

28 nov. On entend par intervalles, surtout dans l'expiration, un bruit continu à timbre quelquefois musical, mais faible et lointain.

Obs. VI. — T. B. — *Dyspepsie acide très accusée (ulcère ?). — Anémie Cœur normal.*

24 novembre. Bruit de souffle abdominal continu.

25 nov. A droite de la ligne blanche, dans la région sus-ombilicale, sur une étendue de plusieurs travers de doigt, on entend très nettement un bruit de souffle systolique, et par derrière un bruit de grondement continu. Le ventre est très aplati, et les parois abdominales sont maigres.

Bruit de souffle systolique, au-dessus de la clavicule droite. Bruit de diable douteux.

12 décembre. Grande amélioration ; l'aspect anémique a disparu. On entend, et cela aussi longtemps qu'on l'examine, à droite et en haut de l'ombilic, un bruit de grondement continu des plus intenses, ne paraissant pas modifié par l'inspiration et l'expiration, non plus que par la compression des deux triangles de Scarpa. On ne le perçoit pas sans stéthoscope.

Obs. VII. — L. C..., 27 ans. — *Convalescence d'érysipèle.*

20 nov. On entend un souffle abdominal continu qui se renforce à la fin de l'expiration. Pour l'obtenir, il faut faire exécuter à la malade une série de quatre à cinq respirations amples, et la faire arrêter subitement en expiration.

28 novembre. On perçoit, à trois bons travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un peu à droite, pendant l'expiration et la pause respiratoire, un bruit continu, lointain, mais très net, plutôt grondant, qui n'est pas interrompu par la compression du triangle de Scarpa, à droite.

Obs. VIII. — M. R..., 37 ans. — *Nervosisme. — Dilatation de l'estomac et dyspepsie acide. — Néphroptose légère.*

Souffle systolique doux de la pointe du cœur.

21 nov. A un travers de doigt et demi au-dessus de l'ombilic, à un travers de doigt à droite de la ligne blanche, on entend, après plusieurs respirations, un bruit de souffle continu à timbre doux et soufflant. Pression forte du stéthoscope. La malade est un peu amaigrie et a les parois abdominales très molles. Dans la région sus-ombilicale, battements aortiques très violents et frémissement artériel à la main.

A l'auscultation de la région cervicale droite, bruit de souffle systolique, bruit de diable très douteux.

Digitized by Google

Obs. IX. — A. D..., 28 ans. — *Pelvipéritonite suppurée ancienne. Obstruction intestinale.*

31 octobre. La malade est convalescente ; le ventre est souple non météorisé. A l'auscultation de la région comprise entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, on trouve un souffle systolique augmentant par la pression sur la ligne blanche, et paraissant absolument indépendant d'un souffle qu'on entend dans la région cardiaque.

On entend, en outre, dans la partie supérieure de la ligne blanche, mieux à droite qu'à gauche de celle-ci, un bruit de « ronron » prolongé et même continu, rappelant le souffle veineux cervical des chlorotiques.

11 nov. On a le souffle abdominal continu.

17 nov. Souffle systolique très prononcé dans toute la région cardiaque. Bruit très prolongé, à l'auscultation de la région cervicale droite. La malade n'est plus anémiée.

En haut et légèrement à droite de la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et au niveau d'une ligne qui prolongerait le rebord inférieur des fausses côtes droites, on entend de la façon la plus nette le grondement continu signalé, cessant absolument dans l'inspiration et apparaissant à la fin de l'expiration.

Obs. X. — M. L..., 29 ans. — *Dothiénentérie. — Fièvre ménorrhagique pendant la convalescence.*

20 nov. La malade est complètement remise; elle se lève et travaille.

Un peu à droite de la ligne blanche, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, bruit de diable de moyenne intensité, à timbre grondant, ne s'entendant qu'à la fin de l'expiration.

Pas de souffle appréciable au cœur.

On signale, le lendemain, un bruit de souffle continu, grondant, au-dessus de la clavicule droite.

Avant de dire, en quelques mots, ce qu'est le souffle veineux continu sus-ombilical, nous devons nous demander quel est le procédé le meilleur pour l'obtenir.

On doit se servir du stéthoscope ordinaire, dont l'ouverture est infundibuliforme: avec l'oreille appliquée sur la paroi abdominale, nous n'avons jamais pu percevoir le bruit dont il s'agit. Friedreich recommande de faire relever les cuisses du sujet; nous n'avons pas eu besoin d'employer ce petit procédé, et nous nous sommes contenté d'ausculter nos malades étendues sur le dos, la tête plus ou moins soulevée par

Digitized by Google

l'oreiller. Il est nécessaire d'appliquer le stéthoscope sur la paroi mise à nu.

On recherchera le souffle dans la partie sus-ombilicale, depuis l'ombilic jusqu'au sommet de l'angle costo-xiphoïdien, sur la ligne blanche, mais de préférence un peu à droite. Un ventre flasque, aux parois amaigries et facilement dépressibles, aidera singulièrement les recherches.

On obtiendra fréquemment un bruit de diable, en agissant de la sorte. Nous disons fréquemment, car, en juger d'après nos recherches, nous l'avons trouvé dans un quart des cas à peu près. Il est vrai que nous n'avons examiné que des femmes, et des femmes jeunes pour la plupart.

En tous cas, le souffle veineux continu s'est montré dans les affections les plus diverses: goître exophtalmique avec ictère, tænia et dyspepsie intestinale, chloroses, dyspepsie acide, dilatations de l'estomac et nervosisme, rhumatisme articulaire avec complications endocardo-péricardiques, obstruction intestinale (convalescence), érysipèle (convalescence), fièvre typhoïde (convalescence). Dans la plupart de ces faits, on constatait un état anémique prononcé; mais la santé pouvait être considérée comme satisfaisante, au moment de l'examen, chez quelques-uns de nos sujets. Rappelons d'ailleurs que Friedreich a noté son « double bruit mixte épigastrique » chez des individus atteints d'affections les plus variées et chez des individus bien portants. Il est donc évident que le bruit de diable sus-ombilical n'a pas plus de signification que le bruit de diable cervical, et qu'il ne représente pas un phénomène réellement morbide.

Quels sont les caractères du bruit qu'on perçoit dans les conditions que nous venons d'indiquer ?

Siège. — Nous en avons parlé, en indiquant la technique à suivre pour obtenir un résultat satisfaisant. Le souffle s'entend sur la ligne blanche, mais surtout à droite de celle-ci, dans une région qui offre plusieurs centimètres en hauteur, et jamais au-dessous de l'ombilic. On peut aussi le percevoir un peu à gauche de la ligne blanche, mais très près de celle-ci (obs. de Walshe; 9e observation personnelle); encore faut-il

Digitized by Google

se rappeler que la ligne blanche se déplace facilement sur un abdomen chiffonné. On le trouve sur un point très localisé ou sur une assez large zone. Nous n'avons jamais pu l'obtenir dans la région dorso-lombaire correspondante.

Durée et caractères acoustiques. — Friedreich admet que le souffle le plus habituellement obtenu est un *souffle veineux diastolique*, produit par l'accélération du courant sanguin sous l'influence de la dilatation diastolique du ventricule droit. Il reconnaît du reste parfaitement qu'il peut être continu. C'est sous cette dernière forme que nous l'avons toujours perçu, à part chez une malade où il avait peut-être le caractère diastolique. L'influence de la diastole cardiaque, qu'admet aussi Eichorst, s'affirme d'ailleurs par le renforcement qu'offre ordinairement le bruit de diable épigastrique.

Il est vrai qu'il faut dissocier dans ces renforcements si fréquents, la part qui revient au bruit de souffle aortique, mais celui-ci est systolique et ne fait pas corps avec le bruit veineux.

Remarquons, en passant, qu'après avoir été entendu, ce dernier peut disparaître chez quelques sujets; d'autre part, il ne nous a jamais fait défaut, malgré des examens répétés, chez plusieurs de nos malades.

Il offre des variétés de hauteur, de timbre et d'intensité qui se multiplient à l'infini et se succèdent d'un instant à l'autre. Tantôt c'est un souffle doux à peine perceptible, tantôt, et le plus souvent, c'est un bruit de ronronnement intense, sibilant ou grondant, quelquefois chantant et musical. Il s'accompagne ordinairement des renforcements dont il a été question, et présente, en un mot, tous les caractères du bruit de diable classique.

Modifications apportées par les mouvements respiratoires, la position du sujet, la compression des crurales. — Les respirations profondes et répétées facilitent la production du souffle continu, sans doute, en accélérant la vitesse du cours du sang veineux. Fait-on respirer rapidement les malades pendant quelques instants, on peut obtenir un bruit de diable inappréciable auparavant.

Digitized by Google

Les bruits veineux cervicaux augmentent souvent d'intensité pendant l'inspiration, mais Eichorst se trompe, lorsqu'il attribue au bruit de diable de la veine cave inférieure un maximum inspiratoire, aussi bien que lorsqu'il parle de la possibilité, au niveau de cette dernière, d'un bruit de diable inspiratoire pur. En restant en effet dans le domaine de la clinique pure, on constatera facilement, avec Friedreich, que le soulèvement de la paroi abdominale qui éloigne le lieu de production du souffle, et que la diminution ou la cessation de la compression du vaisseau, tous phénomènes entraînés par les inspirations profondes, sont le point de départ de la diminution ou de la cessation du bruit de diable, qui reparaît pendant l'expiration, les pauses respiratoires, quelquefois aussi pendant les inspirations légères.

Nous n'avons pas recherché l'influence sur le souffle continu, de la position assise ou de la station debout. Dans une observation de Friedreich, il est dit que le bruit épigastrique cessait dans ces deux postures, si bien que l'on n'entendait plus que le bruit sourd de la pulsation artérielle.

Friedreich a noté, d'autre part, chez un malade, que la compression d'une des crurales, au-dessous du ligament de Poupart, faisait disparaître le souffle, qui reparaissait une fois la compression supprimée. Nous n'avons pas obtenu de résultats semblables, mais nous avouons que sur ce point nos recherches ont été fort incomplètes.

Nous avons jusqu'ici taxé de bruit veineux le murmure que nous avons décrit. Son timbre et surtout son caractère continu affirment en effet sa nature, en faveur de laquelle plaiderait encore, s'il en était besoin, sa localisation sur le trajet de la veine cave inférieure.

Cette localisation, si exacte que le bruit cesse complètement dans la région sous-ombilicale, et qu'on l'entend sur la ligne médiane, plutôt un peu à droite, démontre, d'autre part, qu'il s'agit bien de souffles vasculaires développés à l'intérieur de cette veine. Telles sont d'ailleurs les opinions de Friedreich et d'Eichorst. S'il est à peu près certain que Ræser a connu le bruit de diable dont il s'agit ici, cet auteur a eu tort de le

Digitized by Google

localiser au niveau de la veine porte. Quant aux murmures veineux que Hope et que Ward ont signalé dans les veines sous-cutanées abdominales, ils doivent se confondre, tantôt avec les bruits de la veine cave inférieure, tantôt avec ceux qui prennent quelquefois naissance au cours des cirrhoses.

Nous devons en effet nous demander si les souffles continus de la veine cave inférieure ne pourraient pas être confondus avec certains bruits nés hors de ce vaisseau.

Avec un peu d'attention, on fera facilement la part des sons cardiaques propagés, des gargouillements qui siègent dans l'estomac ou l'intestin, voire même des tons et des souffles de l'aorte abdominale.

Il est inutile de parler à ce propos des souffles de l'utérus gravide et des tumeurs vasculaires de l'abdomen. Quant au souffle continu splénique décrit par Rœser et que Walshe (1) signale aussi, nous n'en saurions rien dire, ne l'ayant jamais recherché et supposant d'ailleurs qu'il doit se percevoir dans une toute autre région. Mais il est un fait qui nous a frappé et sur lequel nous désirerions appeler l'attention. Tous les classiques parlent du murmure veineux continu qu'on peut observer dans la cirrhose atrophique, au niveau de l'abdomen, et qui siège dans les veines sous-cutanées abdominales anormalement développées. Si les faits qui viennent à l'appui de son existence (2) ne sont pas absolument rares, nous avons été étonnés de voir, en les parcourant, qu'on ne mentionne jamais le diagnostic différentiel qu'il conviendrait pourtant d'établir entre ces murmures veineux et les bruits de diable de la veine cave inférieure. Nous nous demandons même s'il n'y a pas eu confusion dans quelques cas, tout en reconnaissant parfaitement le droit à l'existence du bruit veineux décrit dans les cirrhoses, surtout lorsqu'on a sous les yeux la

(1) Voir à ce sujet le travail récent de A. Testi (*Raccoglitore medico*, XII, cité par Hayem).

(2) Cas de Davies, Sappey, Troussau, Bamberger, Giacomini. — Consulter encore à ce sujet les travaux de Picchini (*Il Segno*, fasc. 12), et de Bordoni (*Lo Sperimentale*, 15 nov. 1891), qui ont noté semblable phénomène.

Digitized by Google

tête de Méduse, et sous le doigt le frémissement vasculaire provoqué par la pression.

Nous ferons encore remarquer, en terminant, la nécessité d'avoir présent à l'esprit ces souffles de la veine cave, lorsqu'on sera tenté, par extraordinaire, de penser à quelque anévrysme arterioso-veineux de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale, anévrysme au cours duquel Thurnam (1) aurait constaté un bourdonnement continu si intense qu'il était perceptible et pour les assistants et pour le malade.

Enfin, et d'après tout ce que nous avons dit, nous croyons inutile de discuter l'opinion de Rœser qui considère la cessation du souffle continu comme un moyen de diagnostiquer la thrombose de la veine porte (2).

(1) Thurnam : *Archives gén. de méd.*, 1841, cité par Barth et Roger.
(2) *Bulletins de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXVIII, p. 18.

Digitized by Google

MYXŒDÈME CONGÉNITAL

TRAITÉ PAR DES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE SUC THYROIDIEN

ET PAR LA GREFFE DES CORPS THYROÏDES

PAR M. V. ROBIN

Le myxœdème est une maladie dont la description est toute récente. William Gull, en 1873, en eut à peine publié les premiers cas que d'autres faits suivirent bientôt, et la symptomatologie fut rapidement fixée par les travaux cliniques d'auteurs tels que Ord, Charcot, Bourneville, etc.

Mais si cette partie de l'histoire de la maladie fut bien vite connue, il n'en a pas été de même pour la thérapeutique et la pathogénie, ce qui faisait dire hier encore par un médecin anglais (Rinne) : « Le myxœdème est encore une énigme à déchiffrer, et pour l'étiologie et pour le traitement. »

Le fait que je viens exposer est bien à même de mettre un peu de lumière sur ces deux points. Mais avant d'entrer tout à fait en matière, disons quelques mots d'historique sur la pathogénie et le traitement du myxœdème.

C'est en 1882 (Reverdin, octobre 1882) que l'on commença à voir un peu clair dans l'étiologie du myxœdème spontané. La chirurgie, justement audacieuse, avait multiplié les cas d'extirpation du goître ; les Reverdin de Genève constatèrent les premiers une conséquence éloignée de la thyroïdectomie ; c'était une cachexie toute particulière que l'analyse clinique eut bientôt rapprochée des faits du myxœdème spontané. Le myxœdème opératoire (Reverdin) et le myxœdème de Ord étaient la même maladie procédant de la même cause : l'altération ou l'absence du corps thyroïde.

Digitized by Google

Pour mieux élucider la chose, on fit appel à l'expérimentation. Schiff (1883) enlève le corps thyroïde sur le chien et constate des troubles cérébraux, une cachexie rappelant plus ou moins les caractères du myxœdème. Il fait des greffes thyroïdiennes et empêche ou améliore cette cachexie. Horseley (1886) fait des expériences chez des singes et note des phénomènes se rapprochant davantage de la cachexie myxœdémateuse chez l'homme. Une conséquence de tous ces travaux était que dans le myxœdème le corps thyroïde manquant ou étant altéré, il fallait créer un corps thyroïde fonctionnant pour guérir la maladie. Ce fut Horseley qui le premier proposa la greffe thyroïdienne; c'est lui qui indiqua le corps thyroïde du mouton comme étant celui dans les différentes espèces qui avait le plus d'analogie avec le corps thyroïde de l'homme. Cette opération n'a pas tardé à être faite par Lannelongue, Bircher, Kocher, et plus tard par Bettencourt et Serrano, puis enfin par Merklen et Walther.

Sur ces entrefaites parurent les premières publications sur les injections de liquide testiculaire de Brown-Séquard.

A cette époque, procédant par analogie, la pensée me vint de faire des injections de suc thyroïdien dans les cas de myxœdème congénital dont je vais rapporter l'histoire; la difficulté de me procurer ce liquide a seul retardé cette expérience qui devait donner un si beau résultat. Deux tentatives ont été faites, celle de Murray et de Wallace Beatty. Ces auteurs ont fait ces injections dans des cas de myxœdème acquis et n'ont donné que les résultats immédiats.

Voici en quelques mots le résumé de notre observation : Cas de myxœdème congénital transformé par des injections de liquide thyroïdien. — Greffe de corps thyroïdes.— Nouveau procédé d'extraction du suc thyroïdien. — Quel est son rôle intime dans l'organisme. — Une idée nouvelle : le corps thyroïde aurait un rôle thermique dans l'organisme.

OBSERVATION.

L'enfant a sept ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni du côté de l'alcoolisme, ni du côté de la phtisie, en un mot

Digitized by Google

aucune tare héréditaire quelconque. Le père et la mère se portent bien ; l'enfant a deux sœurs qui sont très bien développées et fort intelligentes.

Pendant la grossesse, la mère dit avoir fait une chute sur les reins en tirant une porte qui céda tout à coup. Mais ce qu'il faut noter, c'est que cette grossesse se prolongea au-delà du terme, l'accouchement n'eut lieu que dans le cours du dixième et même du onzième mois, au dire de la mère ; il fut très pénible, l'enfant était énorme, il pesait quatorze livres. A la naissance, son aspect était étrange, il était comme infiltré, bouffi, mais particulièrement au visage, aux mains et aux pieds ; les lèvres étaient pendantes, grosses.

Ces faits bien constatés n'attirèrent cependant pas une attention toute particulière ; ce ne fut que plus tard, vers le quinzième ou seizième mois, que l'on commença à s'inquiéter du peu de développement physique et psychique de l'enfant, ainsi que de son état de bouffisure qui n'avait fait qu'augmenter. On entreprit alors une série de traitements dont nous reparlerons tout à l'heure ; mais il est un fait sur lequel je voudrais appeler plus particulièrement l'attention.

Vers l'âge de cinq ans l'enfant eut la rougeole ; dix-huit mois plus tard il contracta la coqueluche. Dans ces deux maladies, il y eut des complications pulmonaires : bronchite capillaire. Or, dans l'un et l'autre cas, sous l'influence de la température qui s'était élevée, sans jamais cependant dépasser 38°, on vit l'infiltration diminuer, puis disparaître et l'enfant reprendre un aspect normal. La fièvre passée, le myxœdème reprit son allure ordinaire en s'accentuant même. Bref, voici quel était l'état de l'enfant, il y a quatre mois, avant de commencer le traitement par les injections de suc thyroïdien :

La taille s'est peu développée ; l'aspect est celui d'un enfant de trois ou quatre ans ; la physionomie est caractéristique du myxœdème ; la face est en « pleine lune » ; les joues gonflées, pendantes, sont comme plaquées de rouge ; la bouche est grande, toujours entr'ouverte ; la langue, volumineuse, fait saillie hors de la bouche ; les lèvres sont bleuâ-

Digitized by Google

tres sur leur surface cutanée ; les dents, mal venues, sont écartées, dentelées sur le bord ; la dentition a été très tardive ; le nez est écrasé ; le front cependant n'est ni étroit ni déprimé ; les paupières sont bouffies comme les joues et les lèvres ; les yeux sont largement ouverts et le regard en est doux ; les oreilles sont très bien constituées ; les cheveux sont gros, rudes, d'un brun roux, on n'y a jamais noté des éruptions eczémateuses. A la pression des fontanelles on constate que celles-ci persistent ; le cou est gros, court ; à la palpation on ne peut que soupçonner l'absence de corps thyroïde, la région étant difficile à explorer, à cause du gonflement des parties. Dans les creux sous-claviculaires on trouve des masses pseudo-lipomateuses très marquées ; on trouve ces mêmes masses sous les deux aisselles.

Les membres supérieurs et inférieurs sont légèrement incurvés, ils sont gros et courts ; les mains sont élargies, les doigts forment de gros boudins arrondis ; les pieds présentent la même déformation ; les avant-bras ainsi que les mains sont cyanosés, la peau est épaisse, écailleuse ; le tronc est difforme, la peau y est également infiltrée ; le rachis est légèrement scoliotique ; le ventre est gros, large ; on constate une hernie ombilicale assez grosse ; la peau en général est sèche, pâle, épaissie, infiltrée : cette infiltration est dure, résistante, la pression du doigt ne se marque pas ; la peau est froide, surtout aux extrémités, aux joues, ce qui répond à la température interne : chez l'enfant, le thermomètre n'a jamais marqué un degré au-dessus de 36°,5, et 36° est sa température ordinaire.

L'enfant n'a jamais marché spontanément ; depuis un an il peut se tenir debout et faire quelques pas quand on lui donne la main. Il y a comme une sorte d'incoordination des mouvements, son attitude ordinaire est d'être assis immobile ; on voit que tous mouvements lui coûtent, et ceux-ci sont lents, hésitants et maladroits. Il n'a jamais prononcé une parole quelconque, il fait entendre des sons rauques, inarticulés. Il se détourne quand on l'appelle, mais il s'écoule un certain temps entre la question et ce mouvement.

Digitized by Google

L'idéation est aussi lente que le mouvement lui-même. Il est d'un caractère doux et affectueux. Il est très soigné et très propre. Son appétit est normal ; il faut noter cependant une répugnance assez marquée pour la viande.

Une chose que nous devons signaler, et que je n'ai vu décrite nulle part, c'est sa manière toute particulière de déglutir : il y a incoordination entre les mouvements de la langue et du voile du palais, de sorte que pour avaler, il est obligé de relever la tête à la manière des poules, le bol alimentaire tombe dans le pharynx, sollicité seulement par son propre poids.

L'enfant est généralement constipé ; les urines, analysées à différentes époques, n'ont rien présenté d'anormal. Il n'a rien au cœur dont les mouvements sont réguliers, rien aux poumons.

TRAITEMENT.

Le petit malade a été sevré à l'âge de quatorze mois, depuis ce moment il a subi différents traitements qui sont restés absolument inefficaces, entre autres : frictions, bains chauds, quatre ans de bains de mer, de sable et de varech, huile de foie de morue phosphatée et créosotée. La créosote semblait cependant avoir une certaine efficacité, il semblait un peu moins boursouflé et sa température s'était légèrement élevée ; mais, notons-le bien, tout ceci était passager, son état a toujours été le même, sauf dans les deux maladies intercurrentes que nous avons signalées.

Il y avait fort longtemps que nous avions songé à employer le suc thyroïdien ; la difficulté était de s'en procurer d'une manière régulière. Je décrirai plus loin le procédé que j'ai employé ; hâtons-nous de dire que l'amélioration fut immédiate, les injections ont été faites journellement et les résultats ont été vraiment étonnants. L'enfant, dès les premiers jours, s'est pour ainsi dire réveillé de sa torpeur ; ses mouvements de lents sont devenus rapides, son visage s'est éclairé, au masque froid a succédé la vivacité, son teint est

Digitized by Google

devenu presque naturel, son regard plus vivant ; il a cherché à s'amuser, et bientôt il était capable de marcher seul ; il court maintenant, l'œdème a diminué, puis totalement disparu, sa peau rugueuse, épaissie, est devenue souple, ses membres volumineux sont devenus grêles. Aujourd'hui l'enfant court, répond par signe à une foule de questions, sa mimique est animée, le son de sa voix est moins rauque, il la module sans cependant articuler encore; il essaye de remuer la langue et les lèvres en même temps qu'il émet un son; en quatre mois sa taille s'est allongée plus que pendant sept ans dans son état antérieur. Sa température s'est élevée ; elle est normale maintenant ; en un mot, il est devenu méconnaissable. Ce changement a été aussi remarquable que rapide, et aujourd'hui que le cou s'est désinfiltré, la palpation révèle nettement l'absence de tout corps thyroïde.

Nous l'avons dit, la plus grande difficulté que nous ayons eu à surmonter a été de nous procurer l'extrait du corps thyroïde. Jusqu'ici on avait extrait les sucs glandulaires par macération et par filtration. Ces procédés demandent une installation fort coûteuse. La macération simple, telle que l'ont employée les Anglais pour le liquide thyroïdien, et que j'avais employée d'abord, m'a donné des accidents : les premières piqûres laissaient à leur suite une induration de la grosseur d'une noisette ou d'une amande ; j'eus même dans un cas à ouvrir un abcès d'une fétidité extraordinaire. En présence du grand nombre de piqûres que j'avais à faire, puisqu'elles étaient quotidiennes, j'eus l'idée d'extraire non par macération et filtration, comme je viens de dire, mais mécaniquement par pression.

Voici comment je procède : J'envoie à l'abattoir un flacon bouché à l'émeri contenant une solution phéniquée à 6 °/₀₀. En égorgeant le mouton, on enlève immédiatement les deux corps thyroïdes que l'on place ainsi tout chauds dans le flacon que l'on me rapporte aussitôt. Je dépouille les corps thyroïdes de leur graisse et de leur enveloppe en disséquant sur une assiette préalablement flambée, ainsi que les pinces

Digitized by Google

et le bistouri. Ceci fait, je prends un morceau de toile neuve très forte de 6 cent. carrés; cette toile a été trempée dans l'eau bouillante séchée sur la flamme d'un bec Bunzen, de nouveau trempée dans une solution phéniquée, toujours au même titre, puis exprimée légèrement. J'enveloppe les corps thyroïdes dans cette toile, je place le tout entre les larges mors d'une forte pince de cordonnier en serrant vigoureusement; il s'écoule un liquide trouble, légèrement teinté, mélange de suc thyroïdien, de sang et d'une faible partie de solution phéniquée. Le liquide recueilli dans une cuillère d'argent flambée est versé dans un petit flacon bouché à l'émeri qui a été soigneusement stérilisé à l'eau bouillante et flambé ensuite.

Une observation à noter : il est absolument nécessaire de couper le corps thyroïde en morceaux, afin de s'assurer qu'il n'est pas contaminé, car il existe quelquefois dans les corps thyroïdes de petits kystes laiteux.

Ainsi préparé, ce liquide peut servir pendant plusieurs jours aux injections. Depuis que j'ai employé ce procédé, je n'ai eu aucun accident pendant les quatre mois durant lesquels la mère a fait à l'enfant des injections journalières. Ce procédé a le mérite d'une grande simplicité, il ne réclame aucune installation coûteuse ; enfin, il est à la portée de tout le monde. Il n'y a pas de présomption de notre part, ce semble, à dire qu'il pourrait être généralisé et remplacer peut-être les procédés compliqués dont on se sert pour l'extraction du liquide testiculaire, les extraits des centres nerveux ou autres; je me propose bien, si j'en ai l'occasion, de l'appliquer ainsi.

Nous avons dit plus haut les étonnants résultats que nous ont donné ces injections ; mais, si beau soit-il ce traitement ne peut suppléer que momentanément à la glande thyroïde et ne supprime pas la cause du myxœdème. Le corps thyroïde manquant, il faut en créer un.

Jusqu'ici, il est vrai, le succès n'a pas répondu aux premiers efforts, mais peu importe, devant cette indication capitale, il n'est pas permis d'hésiter.

Digitized by Google

Nous devons faire ici une remarque qui a son importance : nous pensons qu'avant de semer il faut préparer le terrain ; or, le myxœdémateux est loin d'avoir une grande vitalité, avant la greffe il faut améliorer cet organisme débilité par des injections de suc thyroïdien ; on augmentera ainsi, à notre avis, les chances de succès. C'est donc après la remarquable transformation de notre petit malade que nous avons essayé d'une greffe. Nous avons pratiqué cette opération le 21 juin avec l'aide de notre ami le docteur Pierre Lacour et de M. Guinard, professeur à l'École vétérinaire. Il est important de procéder rapidement et de faire une opération absolument aseptique, les antiseptiques pouvant nuire à la vitalité de la greffe. L'asepsie a été faite le plus rigoureusement possible dans les deux opérations d'extraction et de greffe proprement dite. Quant à la rapidité, voici comment nous avons procédé : Nous avons commencé par faire deux incisions sous-mammaires, puis placé les anses de fil de manière à fermer la plaie immédiatement après l'introduction du corps thyroïde. Ceci fait, M. Guinard a enlevé très rapidement et successivement les deux corps thyroïdes sur le mouton vivant. La translation n'a pas demandé plus de deux ou trois secondes, et la glande n'a pas eu le temps de se refroidir.

La réunion immédiate eut lieu dans la huitaine ; l'enfant n'a accusé aucune douleur et n'a pas eu de température ; les suites ont donc été des plus simples. Huit jours après j'ai enlevé les points de suture et constaté à la région l'existence d'un corps ferme ; cette constatation nous semble de bon augure pour l'avenir. Nous donnerons plus tard le résultat définitif.

Avant de terminer, une réflexion encore touchant le rôle intime du corps thyroïde dans l'organisme. Cette question encore pendante a été étudiée diversement par de nombreux expérimentateurs : Schiff, dont les expériences ont été confirmées par Colzi, de Sanquirico, Canalis et Wagner, mais dont l'interprétation est contredite par Ewald. Horseley, dont la théorie est détruite par les données d'Albertani

Digitized by Google

et de Tisoni ; enfin Rogowitch. Les théories sont nombreuses et diverses. Mais aucun auteur n'a indiqué un phénomène qui nous a frappé dans notre observation : c'est le rôle thermogène du corps thyroïde. Cette opinion s'appuye sur les raisons suivantes : dans le myxœdème la température est au-dessous de la moyenne, c'est la règle. Dans notre cas, deux fois la température s'est élevée pendant la rougeole et la coqueluche : le myxœdème a disparu ; la fièvre s'en va, le myxœdème revient. Les injections de suc thyroïdien ont pour effet immédiat d'élever la température, aussitôt le myxœdème s'améliore, une transformation rapide s'opère.

Enfin quelques physiologistes (Horseley) sans accorder grande importance à la chose ont constaté que le myxœdème n'apparaît pas si l'on place les animaux thyroïdectomisés dans un milieu à température élevée et constante. Le rôle intime du suc thyroïdien ne serait-il pas pyrogène?

Nous avons entrepris, M. Guinard et moi, une série d'expériences pour contrôler cet aperçu nouveau du rôle physiologique du corps thyroïde ?

Digitized by Google

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

— CYSTOSTOMIE —

Par le Dr M. GANGOLPHE

Le 29 mars dernier on apporta dans mon service (salle Saint-Pothin, n° 24), un vieillard de 72 ans, atteint d'hypertrophie prostatique et présentant un état général grave en même temps qu'une rétention d'urine absolue. Les quelques renseignements qu'il put fournir nous apprirent que depuis longtemps déjà il était gêné pour uriner. Pour combattre cette dysurie, il faisait journellement usage d'un long fil de fer terminé par une sorte de bouton en os.

Depuis quelques jours, ce mode de cathétérisme est devenu insuffisant, des hémorrhagies abondantes se sont produites par l'urèthre, l'urine ne sort plus, les douleurs sont devenues très vives. Au surplus, le malade, qui exerce la profession de portefaix, est alcoolique, et certainement a dû vivre dans la misère. Notre excellent interne, M. Perriol, l'examina lors de son entrée et constata une rétention d'urine complète avec distension de la vessie qui remontait jusqu'au nombril ; le toucher rectal révélait une tuméfaction douloureuse considérable de la prostate ; le cathétérisme était extrêmement difficile, faisait souffrir le malade et déterminait des hémorrhagies. Du reste, la petite sonde qui avait pu être péniblement introduite dans la vessie ne donne que quelques gouttes d'urine. M. Perriol pratiqua d'urgence la ponction capillaire hypogastrique. L'urine était horriblement fétide et très trouble.

Le lendemain, lorsque nous l'examinâmes, la rétention

Digitized by Google

était tout aussi complète ; le ventre était sensible à la palpation. Le toucher rectal nous donna des indications bien différentes de celles qu'il avait fournies la veille.

La prostate ne paraissait guère excéder ses dimensions normales, alors que douze heures avant elle atteignait le volume d'un gros œuf. L'explication de ce fait était facile ; un écoulement purulent abondant et uréthral, écoulement qui avait souillé et infecté les draps et la chemise du malade, conduisait tout naturellement à cette idée que nous avions affaire à une hypertrophie prostatique compliquée de prostatite suppurée et vidée dans l'urèthre.

L'exploration du canal à l'aide d'une sonde, même de petit volume, révélait la difficulté excessive du cathétérisme ; celui-ci ne pouvait au surplus être évacuateur, car l'urine s'écoulait très difficilement. Ajoutons enfin qu'une sensation de corps rugueux, fournie par les mouvements de va et vient de la sonde de gomme, permettait de songer à l'existence de concrétions phosphatiques ou d'un corps étranger.

L'état général était des plus graves.

Nous nous décidons séance tenante à faire la cystostomie.

Nous ne croyons pas utile d'insister sur les détails de l'opération ; nous n'avons pas employé le ballon de Pétersen, et nous pensons même que son usage peut être dangereux à cause de la distension de la vessie et de la friabilité de ses parois. Quant aux différents temps opératoires, ils ne présentaient rien de bien spécial ; toutefois, les assistants furent comme nous frappés de l'aspect blanchâtre, livide des muscles, et ensuite de la coloration verte et gangréneuse du tissu cellulaire prévésical. Ce changement de coloration était d'autant plus appréciable qu'il contrastait absolument avec l'aspect beurre frais habituel des lobules graisseux de cette région.

La vessie incisée fut fixée à la paroi ; il s'écoula une urine purulente, extrêmement fétide ; le doigt introduit dans la cavité nous démontra la présence d'un corps étranger volumineux de 5 à 6 centimètres, qu'il fut facile de retirer avec

Digitized by Google

une pince. Comme vous le voyez, c'est un fragment de l'étrange instrument inventé par notre malade.

Nous ignorons depuis combien de temps il séjournait dans la vessie; il était entouré d'une coque phosphatique d'environ 4 ou 5 millimètres d'épaisseur.

Des lavages abondants à l'eau boriquée froide débarrassèrent la vessie de son contenu purulent.

Les tubes de Périer fixés à la plaie par un point de suture furent établis et fonctionnèrent très bien. Aucune suture ne fut faite à la partie supérieure de la plaie, à cause de l'aspect gangréneux du tissu cellulaire. Pansement à la gaze iodoformée. Toniques.

Tenant compte de l'état général du sujet et des lésions locales, notamment de la gangrène du tissu cellulaire prévésical, nous supposions que la mort surviendrait dans les vingt-quatre heures. A notre grande surprise il n'en fut rien, et aujourd'hui (1), plus de six semaines après la cystostomie, le malade ne paraît pas encore sur le point de confirmer notre pronostic. Pendant une huitaine de jours on maintint les tubes de Périer, et on fit des lavages abondants deux fois par jour, pour entraîner les débris amoncelés et purulents qui obstruaient la plaie. Actuellement le sujet urine dans son pansement et se trouve dans un état assez satisfaisant. Néanmoins, depuis l'opération, son état cérébral ne s'est guère modifié, il est toujours agité et délire continuellement. Il n'a pas de fièvre, et cet état paraît tenir surtout à de l'artério-sclérose cérébrale (11 mai 1892) et aussi à des phénomènes d'urémie.

Dans son intéressante thèse (2) M. Bonan relate notre observation en y ajoutant les notes suivantes :

« Nous avons revu le malade le 24 mai 1892, c'est-à-dire deux semaines après la communication de M. Gangolphe. Nous l'avons trouvé assis sur son lit et lisant le journal.

(1) Date à laquelle la première partie de cette observation fut communiquée à la Société des sciences médicales.

(2) *De la création d'un urèthre contre nature chez les prostatiques.* par S. Bonan. Lyon, 1892.

Digitized by Google

Il a répondu assez nettement à nos questions, mais sa mémoire semble considérablement affaiblie.

C'est un artério-scléreux général, qui fait probablement de la sclérose cérébrale. Il présente, en outre, de l'œdème des membres supérieurs et inférieurs, de la bouffissure de la face et des bourses et d'autres symptômes qui trahissent une lésion similaire du côté des reins. Peut-être s'agit-il d'une néphrite ascendante ?

Localement, nous constatons un *canal hgpogastrique* à orifice externe un peu déprimé, et donnant constamment issue à l'urine.

Le trajet de ce conduit est légèrement oblique de haut en bas. Il nous paraît avoir une longueur de 2 cent. 1/2 à 3 cent., favorable à l'introduction d'une cheville obturatrice. »

Quelque temps après, sous l'influence du régime lacté absolu, l'état général s'améliore considérablement ; l'œdème de la face et des parties supérieures disparaît en majeure partie, comme celui des membres inférieurs ; l'état cérébral est normal, et le sujet se déclare très content, surtout depuis qu'il n'urine plus dans son lit. Depuis le 8 ou 10 juin, grâce à un simple tampon de coton appliqué sur l'orifice hypogastrique, il peut conserver son urine pendant deux ou trois heures et *même plus longtemps s'il est couché.*

La miction ne s'effectue pas par un jet, mais par un suintement plus abondant ; le malade, qui ne peut uriner devant nous, ne s'explique pas très bien ; il paraît qu'à certains moments, il sort de l'urine, à la fois par le méat naturel et par l'orifice artificiel.

Vers le 15 juin, nous sommes sûrs que la majeure partie de l'urine s'écoule par l'urèthre, même debout et se promenant le sujet ne perd pas une goutte d'urine ; toutes les deux ou trois heures, beaucoup moins fréquemment la nuit, il est pris du besoin d'uriner et le satisfait normalement. Ajoutons que notre homme enchanté du résultat ne paraît guère goûter l'opinion que nous avons émise de *maintenir dans une certaine mesure la fistulette hypogastrique.*

L'examen de la prostate par le toucher et par le cathété-

Digitized by Google

risme, en nous démontrant l'hypertrophie toujours très notable de cet organe induit, à penser que les mêmes accidents de rétention peuvent survenir ultérieurement, et qu'il serait prudent de ménager une soupape de sûreté. Le cathétérisme de l'urèthre tout en révélant la saillie prostatique est facile.

A diverses reprises on introduit des tiges de laminaire dans le trajet hypogastrique ; en six ou huit jours le cours de l'urine est de nouveau détourné du côté hypogastrique. Le malade se plaint amèrement et déclare qu'il tient à ce qu'on laisse se fermer la fistule, quitte à refaire une opération s'il était jamais pris de rétention d'urine. Nous cédons à ses instances et rapidement l'urèthre reprend ses fonctions qu'il exécute intégralement ; la fistule est à peu près entièrement cicatrisée et ne suinte plus (13 juillet). Le malade se promène, et comme son état général s'est très amélioré, qu'il ne présente plus qu'un peu d'œdème des régions malléollaires, on ne maintient pas le régime lacté dans toute sa rigueur. Les mictions se font toutes les trois ou quatre heures par l'urèthre ; il n'y a pas de jet.

Les réflexions que suggère cette observation sont tout à l'avantage de l'opération préconisée par M. Poncet dans certains cas de rétention due à l'hypertrophie prostatique. Toutefois, ses indications, évidentes dans certaines circonstances, sont encore mal établies, de même aussi que sont peu connus les moyens de parer à cette infirmité pénible, l'incontinence plus ou moins continue.

Relativement *aux indications* nous adoptons complètement les conclusions suivantes émises par M. Bonan.

« La cystostomie trouve son indication dans les rétentions d'urine lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est devenu laborieux, *douloureux*, lorsqu'il est nécessaire de le pratiquer un grand nombre de fois pour soulager le malade. Elle est encore indiquée quand, pour assurer la miction chez un prostatique en raison des difficultés du cathétérisme et des douleurs qu'il provoque, on songe à laisser une sonde à

Digitized by Google

demeure. Enfin, elle sera pratiquée dans le cas de cystite douloureuse chez des prostatiques tourmentés par des envies incessantes d'uriner. »

A plus forte raison doit-on y avoir recours si une *suppuration de la prostate*, des *calculs phosphatiques* ou des *corps étrangers* viennent compliquer la situation. Quant au développement de la gangrène prévésicale du tissu cellulaire à la suite de ponctions capillaires, même très correctement faites, c'est également une indication immédiate; mais on ne peut guère que la soupçonner en se basant surtout sur la sensibilité marquée, *vive*, de la zone sus-pubienne.

Il est toute une série de faits difficiles à catégoriser et qui, tout en relevant par certains côtés des indications générales précédemment émises, peuvent échapper à la cystostomie. Combien de fois, en effet, n'avons-nous pas vu des prostatiques admis dans notre service avec une rétention absolue, chez lesquels le cathétérisme *difficile* à une première tentative ou même *impossible*, devenait simple en deux ou trois jours; souvent dans ces cas-là, nous avons laissé la sonde à à demeure 36 ou 48 heures et calibré ainsi le canal, en même temps que l'évacuation facile de l'urine décongestionnait la prostate. N'observe-on pas souvent aussi la disparition par les suppositoires, un cathétérisme réglé, des phénomènes de cystite caractérisés surtout par des besoins d'uriner *très fréquents*, *incessants*, reconnaissant pour cause la multiplication inutile des cathétérismes..... Enfin, doit-on faire la cystostomie chez les prostatiques dont le cathétérisme est simple, non douloureux, mais qui présentent des symptômes nets d'intoxication urinaire chronique marquée par quelques élévations thermiques et des troubles digestifs ?

Mais nombre de ceux-ci sont améliorés dans une très large mesure, soit par l'emploi d'un régime, d'un traitement général approprié, soit surtout par la désinfection et l'évacuation aseptique soigneuse de leur vessie....

En un mot, on ne peut, sauf dans certains cas assez rares, pratiquer séance tenante la cystostomie sus-pubienne ; le plus généralement ce sera après l'échec des moyens ordinaires.

Digitized by Google

Il existe, comme on le voit par ces très courts et très rapides exemples, des conditions multiples où l'opération peu paraître discutable.

A notre avis et jusqu'à plus ample informé, nous pensons : 1° que la cystostomie présente des *indications absolues dans les cas d'urgence*, et quelle permet alors de sauver des sujets jadis irrémédiablement perdus ; 2° qu'elle présente des *indications relatives* que l'avenir précisera certainement.

Si la gravité de l'opération peut-être considérée comme quantité négligeable, il n'en est pas de même de l'infirmité qui en est assez souvent la conséquence.

Dans les cas favorables, l'urine est retenue pendant plusieurs heures (4 à 5 heures).

Prévenu par le besoin d'uriner, le cystostomisé peut vider sa vessie, soit spontanément, soit mieux encore à l'aide d'une sonde introduite par le méat hypogastrique.

Dans les cas où il persiste de l'incontinence, on a essayé de la pallier par l'emploi de certains appareils obturateurs. Nous doutons fort que l'on obtienne ainsi le maintien de l'urine dans la vessie ; ces appareils munis d'une petite tige qui s'enfonce dans la fistule hypogastrique amènent vite une dilatation du trajet ; souvent un simple tampon de coton maintenu par une ceinture remplira mieux l'office d'obturateur.

L'idéal serait certainement le retour au fonctionnement normal ou du moins l'écoulement de l'urine par l'urèthre.

Sans insister ici sur l'utilité (bien mise en évidence par M. Poncet) qu'il y a à faire l'incision vésicale aussi bas que possible, de manière à obtenir un trajet oblique de bas en haut propice à l'occlusion, sans parler non plus du rôle que l'on pourrait être tenté de faire jouer aux muscles de la paroi en recourant à un procédé analogue à celui proposé par Girard (de Berne) pour la gastrostomie, nous dirons qu'à l'avenir nous songerions au moment même de l'opération au *calibrage* de l'urèthre par la sonde à demeure. La cystostomie faite, nous chercherions à passer, par le cathétérisme ordinaire ou rétrograde, une sonde de Pezzer. Si quelque

Digitized by Google

contre-indication surgissait rien ne serait plus facile que de l'enlever ; dans le cas contraire, on aurait croyons-nous de grandes chances d'obtenir le rétablissement du cours de l'urine.

Au surplus, si la fistule sus-pubienne paraissait devoir se fermer trop rapidement, un cathétérisme quotidien la maintiendrait dans un état de perméabilité suffisante pour constituer une soupage de sûreté capable de dispenser le sujet d'une deuxième opération au cas où la rétention reparaîtrait absolue.

En résumé, l'idéal après la cystostomie étant le retour de la miction par les voies naturelles, nous chercherions à l'obtenir par le calibrage de l'urèthre.

Digitized by Google

NOTE

SUR UN

MONSTRE DOUBLE HUMAIN

DU GENRE ECTOPAGE

PAR MM. VIALLETON ET ADENOT

Les descriptions de monstres ectopages appartenant à l'espèce humaine ne sont pas très rares. Nous n'hésitons pas cependant à publier les observations que nous avons pu faire sur un cas de ce genre, parce que nous pouvons les accompagner de phototypies faites d'après des clichés photographiques (1), et parce que notre monstre diffère un peu du type décrit par Is. Geoffroy Saint-Hilaire.

Ce monstre nous a été envoyé par M. le docteur Coronat, de Gap (Hautes-Alpes), qui nous a également fourni sur son origine les données suivantes :

La mère, M^me^ X..., ménagère blanchisseuse, âgée aujourd'hui de 43 ans, a été mariée à l'âge de 22 ans. Elle a eu avant l'avortement dont notre monstre est le produit trois grossesses terminées par la naissance de trois enfants à terme et bien constitués. L'aîné vit encore, il est âgé de 20 ans; le second est mort a 5 ans, le troisième à l'âge de trois semaines, d'affections inconnues.

En 1886 (avril), M^me^ X... consulta le docteur Coronat pour des douleurs lombaires et quelques malaises qui lui faisaient supposer une nouvelle grossesse. Le 14 juin de la même année elle fut prise d'une métrorrhagie abondante et avorta du monstre double dont il est question.

(1) Nous devons ces photographies à l'obligeance de M. Bégule, le peintre verrier bien connu.

Digitized by Google

Depuis, elle a eu deux autres enfants, l'un âgé actuellement de 4 ans, l'autre de 2 ans, tous les deux bien portants. Il n'y a chez aucun de ses enfants trace de malformation ; de même elle nie tout antécédent tératologique du côté de ses ascendants et du côté des ascendants paternels.

Ce monstre nous est parvenu conservé dans l'alcool et dans l'état où le montrent les photographies, c'est-à-dire dépouillé de toutes les enveloppes de l'œuf, sauf quelques débris de l'amnios que nous décrirons plus loin.

Il est formé de deux fœtus accolés qui mesurent tous deux 38 millimètres de long du vertex au coccyx. Ces dimensions indiquent un âge approximatif de deux mois et demi à trois mois. Nous décrirons d'abord l'aspect extérieur du monstre et nous passerons ensuite à l'étude des différents appareils.

Aspect extérieur. — Les deux corps sont soudés l'un à l'autre, sur une étendue qui va depuis la clavicule jusqu'au-dessous de l'ombilic. Ils ne sont pas opposés face à face, mais au contraire légèrement inclinés l'un sur l'autre, de telle façon que leurs deux visages regardent du même côté et se présentent à l'observateur comme vus de trois quarts. Cette disposition nous permet de considérer au monstre une face antérieure répondant à celle que regardent les deux visages et une face postérieure opposée à cette dernière. Il est bien entendu d'ailleurs que les termes de face antérieure et face postérieure ne préjugent rien par avance quant à la constitution anatomique de ces deux faces, et qu'ils ne sont employés que pour la facilité de la description. Nous donnerons le nom de fœtus droit à celui qui est situé à la droite du plan médian du monstre vu par sa face antérieure. Cette désignation répond d'ailleurs à une propriété réelle, car si cet être double était venu a terme et avait vécu, il est bien évident que l'individu appelé droit aurait agi comme la moitié droite du monstre entier.

Face antérieure (fig. 1). — La tête du fœtus droit est légèrement plus relevée que celle du gauche, et le menton du premier s'applique contre la joue du second.

Les membres supérieurs appliqués contre le corps sont

Digitized by Google

fléchis et croisés, l'avant-bras droit du fœtus droit recouvrant l'avant-bras gauche du fœtus gauche.

La jambe droite du fœtus droit passe au-dessus du cordon ombilical, volumineux, et se place sur le flanc gauche de l'embryon gauche, au-dessus de la cuisse de ce dernier. Elle est maintenue dans cette position par un lambeau de l'amnios qui passe comme un voile au-dessus du pied droit et l'applique fortement contre la paroi du corps.

Le cordon ombilical, très volumineux, descend entre les jambes des deux fœtus. Nous signalerons encore la présence d'un lambeau d'amnios qui se montre retroussé et enroulé sur lui-même, le long du dos de l'embryon droit.

Pour compléter l'étude de la face antérieure, nous avons coupé à sa partie moyenne le bras droit du fœtus du même côté, puis récliné les membres avec des fils.

La face antérieure se présente alors avec une forme quadrilatère (fig. 3). Sur la ligne médiane, à peu près au niveau du coude, on voit une légère saillie qui correspond à la saillie du sternum et à laquelle font suite de chaque côté deux rebords légèrement saillants rappelant tout à fait le rebord des fausses côtes.

En dessous de ce dernier, la paroi abdominale passe dans la constitution du cordon ombilical qui est très large à sa base et qui se rétrécit bien vite, pour se continuer dans un petit cordon filiforme, très grêle et qui semble avoir été desséché.

Il y a évidemment un certain degré d'exomphale, mais cela n'a rien de bien étonnant si l'on considère qu'il y a toujours normalement un peu d'exomphale chez les embryons de cet âge et que nous avons ici un seul cordon pour deux embryons.

Face postérieure (fig. 2). — Sur cette face, nous remarquons tout d'abord deux membres supérieurs bien conformés, il y a donc en tout quatre membres supérieurs, parfaitement indépendants les uns des autres, contrairement à ce qui a été décrit dans quelques cas, où les deux membres supérieurs les plus rapprochés étaient fusionnés en un seul. Le

Digitized by Google

bras droit du fœtus gauche se trouve maintenu contre la paroi du corps par un lambeau de l'amnios qui passe sur la main correspondante.

Au-dessous des membres supérieurs se voit la paroi commune des deux fœtus qui est plus étroite que la paroi antérieure.

Les membres inférieurs sont normaux.

Étude anatomique des parois antérieure et postérieure. — La paroi antérieure présentait déjà extérieurement l'aspect d'une paroi thoracique ordinaire, simplement un peu élargie. Après l'avoir enlevée, on voit en étudiant le squelette que cette paroi comprend un sternum et des côtes à l'état cartilagineux. La paroi postérieure qui ne laissait voir extérieurement rien qui rappelât un sternum, est cependant formée comme la paroi antérieure, par un sternum véritable sur les côtés duquel s'insèrent des côtes.

Ce montre double présente donc deux sternums, et les parois que nous avons appelées antérieure et postérieure, sont toutes deux identiques morphologiquement, bien que la postérieure soit un peu moins développée.

Ce monstre possède donc deux parois dorsales formées par les dos respectifs de chaque individus et deux parois costo-sternales un peu inégales en grandeur. On explique la formation de cette monstruosité depuis Geoffroy-Saint-Hilaire en admettant que le sternum est composé de deux moitiés, séparées au début l'une de l'autre par une fente siégeant sur la ligne médiane; les deux embryons se plaçant vis-à-vis l'un de l'autre, chaque moitié du sternum de l'un se soude à la moitié opposée du sternum de l'autre; de telle sorte que chacun des sternums définitifs est formé en réalité par deux moitiés sternales appartenant à deux individus différents. C'est la monstruosité connue sous le nom de sternopagie. Dans la *sternopagie* vraie, les deux parois costo-sternales restent toujours rigoureusement égales et les deux individus sont situés face à face. Dans notre cas, au contraire, l'une de ces deux parois s'est moins développée que l'autre et les deux individus obéissant naturellement à cette inégalité, se

Digitized by Google

sont inclinés légèrement comme nous l'avons dit, de sorte qu'ils semblent soudés par leurs flancs opposés, d'où le nom d'*ectopages* qui leur a été donné. En réalité, on voit bien que la soudure est sternale et que l'ectopagie n'est qu'une variété de la sternopagie. Nous noterons ici que, contrairement à ce qu'on pouvait penser à priori, et à ce que croyait Geoffroy Saint-Hilaire, le sternum de la plus petite face était un peu plus développé que le sternum de la grande face. Ceci indique que l'étroitesse de la face postérieure était due surtout à un moindre développement en longueur des côtes. Nous insisterons surtout sur le fait de la parfaite conformation et du développement également parfait du sternum de la paroi postérieure.

EXAMEN DES VISCÈRES.

Lorsqu'on a enlevé la paroi antérieure, on est frappé par ce fait, que l'ensemble des viscères paraît à première vue très semblable à celui d'un individu unique. En haut, sur la ligne médiane, on voit un péricarde unique, large, en forme de trapèze à grande base tournée en haut. De chaque côté de ce péricarde on voit à droite un poumon trilobé, à gauche un poumon bilobé, de telle sorte que l'aspect est à peu près celui d'un thorax ordinaire un peu élargi. Le diaphragme est unique.

La cavité abdominale présente un foie volumineux qui paraît également unique, un paquet intestinal difficile à débrouiller, une masse de glandes génito-urinaires à droite, une à gauche, de sorte que jusqu'ici, comme nous l'avons déjà indiqué, on semble avoir affaire aux viscères d'un seul individu. Cependant on voit déjà deux rectums, correspondant aux deux bassins parfaitement indépendants, et l'unité des viscères, si apparente dans la portion supérieure du tronc, n'existe plus à ce niveau. Nous allons d'ailleurs passer en revue chaque appareil isolément. Nous avons voulu signaler d'abord cette ressemblance superficielle que les viscères de ces deux individus présentaient avec les viscères d'un indi-

Digitized by Google

vidu unique vus par la face antérieure. Il est certain que cette disposition des viscères répond à la formation d'une face antérieure déjà si bien indiquée par la direction des visages et par l'inclinaison des troncs.

Système digestif. — Le tube digestif de l'embryon gauche est parfaitement normal jusqu'au niveau du duodénum. L'estomac encore peu développé présente une grande courbure tournée à gauche et une petite courbure tournée du côté droit. Le duodénum existe ; mais au lieu de présenter la courbure qui le caractérise, il se dirige droit à travers la cavité abdominale vers le paquet intestinal avec lequel il entre en relation, comme nous allons le décrire. Le fœtus droit présente un œsophage, un estomac comme le précédent ; mais ce dernier organe est inversé, c'est-à-dire que la grande courbure est tournée à droite et la petite courbure à gauche. Le duodénum, qui au lieu d'occuper le côté droit, se trouve rapporté au côté opposé, se soude avec le duodénum de l'embryon gauche. La soudure se fait de façon que le duodénum du fœtus gauche s'abouche directement dans celui de l'autre fœtus et forme avec lui un tube unique qui passe dans la constitution du paquet intestinal. Ce dernier, formé d'anses à peu égales de forme et de volume, se déchire très facilement lorsqu'on essaye de le dérouler.

Il nous a été impossible de suivre, sauf sur une petite longueur, le tube résultant de cette fusion, et nous ne savons pas sur quelle étendue cette fusion persistait. A cause de la friabilité du tube digestif due au long séjour de la pièce dans l'alcool fort, nous n'avons pas pu voir en quel point les deux tubes digestifs se séparaient de nouveau l'un de l'autre. Ce qu'il y a de certain, c'est que chaque individu possédait un rectum bien net et normal.

Le paquet intestinal était attaché aux deux individus par deux mésentères, un droit et l'autre gauche. La masse intestinale, libre de toute adhérence aux parois en dehors de son insertion mésentérique, passait librement au-dessus de la face postérieure d'union des deux corps en formant au-

Digitized by Google

dessus d'elle comme un pont sous lequel le foie s'engageait en partie.

Foie. — Il était manifestement unique, avec une forme pyramidale, à grande base tournée vers le diaphragme et à sommet dirigé vers l'ombilic. Il y avait un seul ligament suspenseur. Notons encore qu'il y avait une seule veine d'Arantius qui traversait la masse hépatique pour se jeter dans la veine cave inférieure du fœtus gauche.

Appareil respiratoire. — Il est parfaitement normal. Les deux poumons en contact avec la plus petite face costo-sternale ne paraissent pas pour le moment atrophiés. Chaque individu est pourvu de deux poumons normaux divisés en lobes comme d'ordinaire ; seulement, corrélativement avec la tendance à la formation d'une face antérieure, les poumons droit et gauche des fœtus de même côté, placés immédiatement au-dessous de cette paroi, se voient tout d'abord, tandis que les poumons gauche du fœtus droit, et droit du fœtus gauche sont cachés en arrière du cœur qui est en rapport, comme on l'a vu, avec la face antérieure.

Cœur. — Il est enveloppé dans un péricarde unique. Il est lui-même remarquablement un et simple et ne semble pas composé de deux portions soudées. On peut lui considérer une portion ventriculaire large, dépourvue de sillon interventriculaire et une portion auriculaire. La pointe du cœur est plus élargie que d'habitude, sans présenter toutefois aucune marque de dualité. Des angles de la base de ce ventricule élargi partent deux troncs aortiques qui se dirigent vers chacun des fœtus, accompagnés d'une artère pulmonaire grêle. La base de chaque crosse aortique est entourée par des auricules. Il y a un seul ventricule, des soies de sanglier passées dans la lumière des deux aortes aboutissent toutes deux dans la cavité de ce ventricule unique, spacieux, et que ne cloisonnent aucune bride ou aucune lame. Sur la face postérieure du cœur, on distingue une oreillette également unique, très large dans le sens transversal et qui est en rapport à ses deux extrémités latérales avec les auricules signalés. Les crosses aortiques présentent

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

des dispositions particulières, en relation avec la situation du cœur. Cela est surtout marqué pour l'aorte du fœtus droit, qui partant du côté gauche pour se porter à droite, décrit une courbe en sens inverse de la normale.

Organes génito-urinaires. — Ils sont normaux et doubles. Les deux individus étaient du sexe féminin. Les organes génito-urinaires gauches du fœtus droit, et ceux de droite dans le fœtus gauche étaient cachés sous le paquet intestinal.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES ET CONCLUSIONS.

Le monstre que nous venons de décrire est un monstre *ectopage*. Il présente les particularités suivantes :

1° Contrairement à un certain nombre d'ectopages qui ne possèdent que trois membres supérieurs, — les deux bras postérieurs étant fusionnés en un seul — (cas de Geoffroy Saint-Hilaire, de Van der Bosch), notre monstre possédait quatre bras normaux bien conformés et indépendants (1).

2° Les tubes digestifs étaient fusionnés au niveau du duodénum sur une étendue indéterminée. Chez le fœtus droit il y avait une inversion des viscères digestifs comme cela a été signalé dans tous les cas. Cette disposition est d'ailleurs nécessairement liée à la fusion des deux tubes digestifs.

3° Le foie était unique, muni d'un seul ligament suspenseur, traversé par une seule veine d'Arantius.

4° Le cœur, d'une simplicité remarquable, possédait un seul ventricule large émettant deux artères, aortes et une seule oreillette accompagnée d'auricules. On ne constatait dans un pareil cœur aucune trace de dualité, et ce cas est, à notre connaissance, celui où la fusion des deux appareils centraux de la circulation était portée au plus haut degré.

5° Enfin, nous ferons remarquer que, autant qu'on en peut juger par l'état de la pièce, l'amnios enserrait étroitement les

(1) Il faut citer aussi un cas observé par Alezais, *Marseille Médical*, nov. 1888, dans lequel les quatre membres supérieurs étaient indépendants.

Digitized by Google

embryons comme en témoignent les lambeaux de cette membrane qui maintiennent en plusieurs points les membres appliqués contre les parois du corps. Nous signalons cette particularité de l'amnios à cause du rôle qu'on a fait jouer à cette membrane dans la production de beaucoup de monstruosités.

EXPLICATION DES FIGURES

Les figures sont faites d'après des clichés photographiques de grandeur naturelle. La pièce a été photographiée en position verticale. Elle était maintenue dans cette position par des épingles piquées dans une plaque de liège placée derrière elle. On voit, dans toutes les figures, deux de ces épingles placées au niveau des cous ; nous indiquerons la place des autres dans chaque figure, pour éviter toute erreur.

Fig. 1. — Embryons vus par la face antérieure. (Une épingle sous le bassin du fœtus gauche.)

Fig. 2. — Embryons vus par la face postérieure. (Une épingle sous chaque bassin.)

Fig. 3. — Embryons vus par la face antérieure, les membres écartés. (Une épingle entre la jambe gauche du fœtus droit et le cordon ; une autre au devant du tibia gauche du fœtus gauche.)

Digitized by Google

NOTE

SUR UN

CAS D'HAPHÉPHOBIE

PAR MM. WEILL ET LANNOIS

Nous proposons de donner le nom d'*haphéphobie* (de ἁφή, *contact*) (1) à un phénomène assez singulier que nous avons pu observer avec soin chez un malade (2) dans ses différents séjours à l'hôpital Saint-Pothin et à l'asile Sainte-Eugénie. La *peur du contact* était poussé chez cet homme à un degré très avancé : il se reculait vivement et d'un air effrayé lorsqu'on étendait la main de son côté, regardait autour de lui avec une constante et inquiète surveillance dans la crainte qu'on ne l'approchât à l'improviste, sautait hors de son lit dès qu'il voyait arriver auprès de lui les personnes du service, etc. Il racontait même qu'une fois, pour échapper au contact d'un de ses camarades qui le taquinait, il sauta par la fenêtre du premier étage dans la rue.

Le fait lui-même nous a paru assez singulier pour être relaté, d'autant plus que les circonstances qui l'accompagnent et les antécédents héréditaires du malade en augmentent encore l'intérêt. Mais rapportons d'abord l'observation :

(1) M. Pitres a déjà désigné sous le nom d'*haphalgésie* une sensation douloureuse particulière qui s'observe chez des hystériques anesthésiques lorsqu'on les touche avec des objets qui d'habitude ne déterminent qu'une sensation banale de contact. L'un de nous a récemment publié un cas d'haphalgésie chez une tabétique atteinte de zona et de névrite. (*Revue de médecine*, juillet 1892.)

(2) Le malade a été présenté à la *Société des Sciences médicales* le 29 juillet 1892.

Digitized by Google

Le nommé Jean Br..., âgé de 58 ans, est employé dans un bateau-lavoir. Le 22 mars 1891, dans la matinée, il montait une balle de linge dans un escalier, lorsqu'il fut pris tout à coup de malaise et s'aperçut qu'il avait de la difficulté de la parole ; pas de perte de connaissance, pas de paralysie. Il lui fut possible en effet, tout en se sentant fatigué, de continuer à monter son escalier. Mais le soir il dut se mettre au lit à sept heures, perdit complètement connaissance et ne revint à lui que le 25 mars au soir ; pas de paralysie : il put se lever et s'habiller seul.

Il entre à l'hôpital le 2 avril, ne présentant aucune trace de paralysie ; on note seulement que l'œil gauche est un peu plus ouvert que le droit et que la pupille droite est un peu dilatée. Pas de troubles de la marche, ni de la sensibilité, légers vertiges. — Il parle avec une certaine difficulté et semble avoir perdu des mots : il lit et écrit convenablement, mais ne saisit pas toujours très bien ce qu'on lui dit comme s'il avait un léger degré de surdité verbale. En somme il fut considéré comme ayant de l'aphasie sans hémiplégie.

Pendant quatre à cinq mois il conserva de la difficulté de la parole et une sorte de bégayement ; souvent il ne trouvait pas ses mots. Par exemple, allant un jour chercher du vin, il savait très bien ce qu'il voulait, mais ne put prononcer le mot de vin. Après ce temps tout serait rentré dans l'ordre et il se considérait comme guéri.

Le 20 décembre, à huit heures du matin, comme la première fois, le malade montait une balle de linge lorsqu'il fut pris de malaise avec sensation de froid et perte subite de la parole. Son fils, aussitôt prévenu, le conduisit au commissariat de Bellecour pour le faire transporter à l'hôpital ; là, il eut une perte de connaissance qui dura environ trois quarts d'heure et dont il ne se rappelle pas. Il fut amené à Saint-Pothin en voiture. Examiné quelques heures après, il répond à peu près correctement, quoique avec un peu de bredouillement, et raconte qu'au moment où il a été pris brusquement, il comprenait très bien ce qu'on lui disait, mais ne pouvait répondre. Il voyait et reconnaissait les personnes qui lui parlaient, notamment son fils. Toutefois dans la journée sa petite fille est venue le voir et il ne l'a reconnue qu'après qu'elle se fut nommée.

Il a une sorte de bégayement, de bredouillement, surtout pour quelques mots un peu difficiles à prononcer. Il répète assez correctement les mots qu'on prononce. Mais il ne trouve pas tous les mots : si on lui montre une orange, une cuillère, un verre, une montre, il dit : « C'est pour manger, pour boire, pour voir l'heure, et il répète ensuite le nom qu'on lui a dit avec une véritable satisfaction.

Il voit bien les objets, mais il ne peut lire. Il dit ne pouvoir lire que les grosses lettres, et même après avoir commencé à lire les deux premières syllabes du titre d'un journal, il se met à épeler les autres lettres d'une façon incorrecte : si alors on lui lit le mot qu'il cherche, il le ré-

Digitized by Google

pète en ayant l'air de le reconnaître. — Il écrit son nom facilement et aussi les mots qu'on lui dicte, mais avec beaucoup de peine et beaucoup d'incorrection ; il ne peut recopier des mots ou des lettres. Au bout de quelques minutes il ne peut reconnaître ce qu'il vient d'écrire et c'est à peine s'il peut déchiffrer son nom.

Peut-être y a-t-il un peu de parésie gauche de la face, mais c'est douteux. La seule chose manifeste, c'est qu'il ne peut siffler, et qu'il lui est impossible de relever la pointe de la langue bien qu'il la sorte facilement de la bouche. La pupille droite est plus large. Absence complète de paralysie.

Actuellement (au moment de la présentation) ces derniers phénomènes persistent (impossibilité de relever la pointe de la langue, inégalité pupillaire). Il a beaucoup perdu la mémoire et la façon dont sa lèvre supérieure est parfois agitée de tremblements fait songer à la paralysie générale. Il dit facilement un mot pour un autre, par exemple Lausanne pour Longchêne, et il lui est impossible de prononcer certains mots : cheval de bronze, par exemple.

Le malade se plaint en outre d'avoir une sensation de froid depuis sa première attaque, mais sa température est normale. Il dit aussi qu'il a un peu de polyurie et est obligé de se lever la nuit ; pas d'albumine. Léger degré d'emphysème pulmonaire. Rien du côté du cœur, ni du tube digestif, sauf un peu de sensibilité de la région hépatique.

Ici se termine l'histoire pathologique récente du malade. Mais depuis l'époque la plus lointaine qu'il se rappelle, il a toujours présenté le phénomène singulier que voici : dès qu'on s'approche de lui il présente un tressaillement brusque de tout le corps, comme s'il éprouvait une grande frayeur. Si on lui tend la main, il se recule vivement et le mouvement est encore plus marqué si on approche brusquement le doigt de son visage. Il n'a pas seulement une crainte exagérée des contacts qu'il prévoit, mais aussi de ceux qui pourraient lui arriver inopinément. Aussi son attitude est elle assez singulière : à chaque instant il regarde furtivement à droite et à gauche, se retourne même en arrière, pour voir si personne ne l'approche ; si on le surprend par derrière, il fait un bond très brusque pour se dérober. Dès qu'il voit entrer dans la salle les personnes du service la crainte d'être examiné le rend anxieux et agité ; il se réfugie volontiers derrière son lit pour être sûr qu'on ne viendra pas l'attaquer par derrière.

Cette particularité est si marquée qu'elle a toujours été connue des personnes de son entourage. C'est ainsi qu'il raconte qu'un jour, il y a plusieurs années déjà, se trouvant près d'une fenêtre, il fut touché vivement par un camarade qui voulait s'amuser : immédiatement il sauta du premier dans la rue. Une autre fois, porteur d'un paquet de linge, il était engagé sur la passerelle reliant le quai au bateau-lavoir, lorsque quel-

Digitized by Google

qu'un arriva derrière lui : dans sa frayeur, il laissa tomber son paquet dans la Saône et incontinent se mit à la nage pour le rattraper.

Le malade n'a d'ailleurs que la peur du contact à venir : une fois que vous lui avez pris la main, celle-ci est bien agitée d'un peu de tremblement, mais c'est seulement dans la crainte d'un nouveau contact du corps ou de la face qu'il se tient à distance ; il ne cherche pas à retirer la main. L'examen de la sensibilité cutanée ne montre ni hyperesthésie, ni douleurs spontanées : il n'est pas chatouilleux.

Nous nous sommes livrés à une enquête aussi minutieuse que possible sur ses antécédents personnels et héréditaires et, tant par lui que par plusieurs de ses proches parents, nous avons eu les renseignements suivants : Jean Br... a toujours eu la tête un peu en l'air et a toujours été considéré comme mal équilibré. Sa femme, très nerveuse, prenait des crises à tout propos et sa conduite semble avoir contribué à déséquilibrer notre malade. Il avait une assez bonne place au chemin de fer et la quitta sous un prétexte futile. Plus tard, associé à son beau-frère pour une affaire de soieries qui semblait avoir de l'avenir, il était très irrégulier, disparaissait quelquefois plusieurs jours de suite. Il prenait tout au tragique et un jour faillit se suicider. Cependant il n'a jamais eu de crises ni d'accès prolongés de délire ; il rêve beaucoup et a facilement des cauchemars. Les renseignements quant à l'alcoolisme sont contradictoires ; il nie d'ailleurs avoir fait des excès de boisson.

Il a eu huit enfants dont cinq sont morts en bas âge sans qu'il puisse dire de quelle maladie. Des trois qui lui restent une fille est religieuse et il ne sait ce qu'elle est devenue ; une autre fille est très nerveuse, mais il n'a pas été possible de savoir où elle est actuellement. Enfin un fils, que nous avons vu, a *la même peur des contacts que lui*, mais seulement s'il n'est pas prévenu. Lorsqu'il regarde son interlocuteur on peut étendre la main vers lui sans qu'il bouge; mais si on le touche à l'improviste par derrière, il se dérobe aussi brusquement que son père.

Le père de notre malade paraît avoir eu la même affection : notre malade nous a en effet répété à plusieurs reprises que son père bougeait comme lui et était très vif. Il se suicida à l'âge de 56 ans à la suite de chagrins domestiques (suicide par le charbon).

Jean Br... eut deux frères et une sœur. Le premier, Étienne Br.. , partit pour l'Amériqne où il est mort. Le second, Antoine Br..., d'un caractère très difficile et emporté, mourut d'un cancer de l'estomac à 54 ans, le jour même où on devait l'interner à Bron. A la suite de grands excès alcooliques il était devenu fou et avait mis le feu à sa maison. Renseignements contradictoires sur l'existence de l'haphéphobie chez cet homme : sa femme, que nous avons vue, nie la crainte des contacts chez son mari, alors que Jean Br... dit que son frère était comme lui. — Antoine Br.. eut onze enfants dont quatre sont encore vivants :

Digitized by Google

une fille de 35 ans, faible d'esprit, est à l'Asile des incurables de la rue Jarente et présente des troubles trophiques récents du nez, un fils de 34 ans, alcoolique avéré, une fille de 27 ans sur laquelle nous n'avons pas de renseignements, et un fils de 19 ans estropié depuis l'enfance (paralysie infantile ?).

La sœur d'Antoine Br..., d'un caractère difficile, assez bien mariée, tenait tout le reste de sa famille à l'écart. Pas de renseignements. Elle eut trois enfants morts tous les trois : l'un d'eux est mort d'absinthisme peu après son retour d'Afrique. Il fréquentait beaucoup son oncle Jean et, les renseignements concordent sur ce point, avait *la même affection* que lui.

L'histoire que nous venons de rapporter est celle d'un héréditaire ou d'un dégénéré avec intégrité relative de l'intelligence, bien que celle ci soit plutôt au-dessous de la moyenne. L'haphéphobie peut être évidemment assimilée à ce que Magnan appelle un syndrome épisodique. Elle présente chez Br... le caractère de l'obsession. Dès qu'il se voit en présence de quelques personnes, son attitude devient méfiante, il se sent mal à l'aise, il est inquiet ; puis, vienne l'appréhension plus précise du contact, quand on étend la main vers lui, immédiatement il est pris d'angoisse comme l'agoraphobe, il a une émotion profonde : il n'essaye pas, comme certains obsédés, de raisonner son délire émotif. Ses terreurs sont vagues, réflexes. Les centres émotifs sont excités, sans représentation mentale d'une image quelconque. Quand on l'interroge sur la cause de son angoisse, il vous répond qu'il ne sait pas ce qui l'épouvante. Il ne craint pas comme l'agoraphobe d'être perdu dans un espace trop grand, d'avoir des vertiges, il a peur, voilà tout. Il a parfaitement conscience de son état, il sait que ses craintes sont vaines, mais il ne peut résister et sa fuite est véritablement impulsive. Elle l'est au point de déterminer des actes insensés, comme de se jeter par la fenêtre ou dans l'eau. Nous retrouvons là tous les caractères du syndrome de Magnan, le délire émotif, la lucidité, l'irrésistibilité, l'impulsion.

L'haphéphobie paraît avoir été chez Br... le seul stigmate psychique qu'il ait présenté. Jamais elle ne s'est transformée en un autre syndrome. Toutefois il a fait une ten-

Digitized by Google

tative de suicide. L'haphéphobie s'est manifestée chez lui de très bonne heure, car il en a souffert aussi loin qu'il se souvienne. Ce phénomène singulier fait en quelque sorte partie de son état mental.

Nous n'avons trouvé chez lui aucun stigmate physique, ou du moins le léger bredouillement qu'il manifeste, la difficulté de relever la pointe de la langue, l'inégalité pupillaire peuvent être rapportés à la même lésion cérébrale qui a déterminé à deux reprises une aphasie transitoire. Nous n'insistons pas d'ailleurs sur ces deux attaques qui n'ont pas grande signification au point de vue de la dégénérescence. Mais l'état mental de Br... est plus caractéristique.

Dès son enfance il a été considéré comme mal équilibré. Il a quitté sans motif une bonne place, et dans une affaire de soierie qu'il faisait de commun avec son beau-frère, il a montré de la négligence, de l'irrégularité, disparaissant quelquefois plusieurs jours de suite.

Il rêve beaucoup, mais n'a jamais présenté de délire proprement dit. Il offre ce trait commun avec beaucoup de dégénérés qui échappent à la manie, à la mélancolie ou aux différentes formes de délire ambitieux, de persécution, etc.

Enfin, son intelligence, sans qu'on puisse le ranger dans les faibles d'esprit, est assez bornée. Il accepte sa situation avec calme, passe à l'hôpital de longs mois alors qu'il pourrait facilement reprendre son travail, ne s'inquiète pas de sa famille, ni de son avenir. Ses antécédents, comme ceux de tous les héréditaires dégénérés, sont très chargés. Son père était atteint du même syndrome et s'est suicidé. Un frère était alcoolique et est devenu aliéné.

Un fils est atteint d'haphéphobie, ainsi qu'un neveu ; une nièce est faible d'esprit et deux neveux alcooliques. Il est à noter que l'haphéphobie s'est transmise du père de Br... à son fils et à ses deux petits-fils. Il y a là un exemple de transmission similaire assez curieux. Remarquons encore la marche lente de la dégénérescence dans la famille de Br... Sauf une nièce faible d'esprit, il n'y a pas eu de diminution

Digitized by Google

marquée des facultés intellectuelles dans la descendance du père de Br...

Il faut distinguer l'haphéphobie du syndrome décrit sous le nom de délire du toucher et des contacts. Ce dernier comprend des cas dans lesquels le délire émotif se produit surtout après le contact. Le sujet a touché une pièce de monnaie, un bouton de porte, un fruit, un animal. Non seulement il peut avoir de l'appréhension au moment du contact, mais il reste tourmenté après, il se lave les mains, se frotte, recommence ses ablutions : il est des dégénérés qui passent ainsi leur vie à se purifier de tous les contacts qu'ils ont subis. Souvent aussi le délire émotif est entretenu chez eux par l'idée que l'objet qui a été touché présentait du poison ou un germe infectieux. Rien de tout cela chez Br... Une fois l'attouchement fait, il est tranquille, ou s'il est inquiet, c'est qu'il a peur qu'on recommence. Lui-même touche indifféremment tous les objets qu'on lui présente. Au reste il n'a jamais eu, comme beaucoup de dégénérés atteints de délire du toucher, la folie du doute.

Les actes inconsidérés auxquels se livre parfois notre malade sous l'influence de la peur du contact font aussi ressembler l'haphéphobie aux faits qui ont été décrits par Beard sous le nom de *maladie des Sauteurs du Maine*, par Hammond sous le nom de *myriachit*, et que M. Gilles de la Tourette et après lui M. G. Guinon ont rapproché de la maladie des tics convulsifs. Il nous suffira, pour différencier ces états de l'haphéphobie, de rappeler qu'ils se produisent seulement sous l'influence d'un ordre brusquement donné ou d'une impulsion imitative portée à un très haut degré, deux conditions qui n'existaient nullement dans notre cas.

Digitized by Google

REMARQUES SUR LA QUALITÉ

DE

L'EAU DES PUITS TUBULAIRES

HABITUELLEMENT

MÉLANGÉE A DES PARTICULES SABLONNEUSES

PAR LE Dr H. FRENKEL

Au mois de novembre 1891, M. le Directeur de l'artillerie de Lyon écrivit à M. le Doyen de la Faculté de médecine en le priant de faire soumettre à l'analyse bactériologique les eaux des deux pompes de l'arsenal. L'une de ces pompes, désignée sous le nom de « pompe de ménage », sert aux besoins d'un certain nombre de ménages de l'arsenal ; l'autre appelée « pompe du parc » avait été abandonnée il y a quelques années par suite de deux circonstances. Cette pompe, en effet, donnait pendant quelques minutes de l'eau sablonneuse, et ce n'est qu'après plusieurs minutes d'extraction que l'eau coulait claire et propre à l'usage. On n'en continuait pas moins à s'en servir jusqu'au moment où un cas de mort étant survenu parmi les habitants de l'arsenal, des soupçons se portèrent sur l'eau comme source possible de l'infection.

M. le Doyen de la Faculté de médecine transmit la demande de M. le Directeur de l'arsenal à M. le professeur Arloing, directeur du laboratoire de médecine expérimentale. M. Arloing nous fit l'honneur de nous confier cette recherche. C'est dans le laboratoire et sous la direction de M. Arloing que nous fîmes un certain nombre d'analyses qui nous ont donné des résultats aussi inattendus qu'intéressants. Le fait qui se dégage de ces analyses présente une certaine importance au point de vue hygiénique, et c'est à ce titre que nous croyons utile de publier nos quelques analyses.

Digitized by Google

M. le Directeur de l'arsenal n'ayant pas spécifié la nature des germes dont il soupçonnait la présence dans l'eau potable, nous avons cru devoir procéder systématiquement à une analyse quantitative, avant de rechercher si tel ou tel microbe pathogène rend l'eau insalubre. Il est en effet plus facile de faire une analyse qualitative complète lorsqu'on a commencé par l'analyse quantitative, cette dernière présentant un acte préparatoire pour la détermination des espèces. En outre, les expériences sur les animaux en vue de déterminer la nature pathogène de chaque espèce se compliquant d'une question budgétaire non négligeable, il fallait remettre jusqu'à plus ample informé cette partie des recherches.

Nous avons donc commencé par l'analyse quantitative. Ici se présente une deuxième question, celle du choix de méthode. Comme le fait remarquer très judicieusement M. Gabriel Roux dans son excellent « Précis », toutes les méthodes sont également bonnes à la condition de les bien manier. Mais il nous a paru que toutes ne sont pas également faciles à manier, et sous ce rapport les cultures sur milieux liquides nous paraissent présenter un certain avantage. Il est vrai que cette catégorie de méthodes exigeant un nombre plus considérable de ballons ou de tubes est un peu encombrante. Mais si l'on considère que la culture dans du bouillon n'est pas aussi assujétissante que la culture sur gélatine par exemple, où il faut éviter la liquéfaction du milieu de culture, on se résignera facilement à ce petit sacrifice. Parmi les méthodes de culture sur milieux liquides nous adoptâmes celle de MM. Chauveau et Arloing qui nous paraissait présenter les plus grandes chances de réussite.

Bien que le procédé de MM. Chauveau et Arloing soit décrit dans le « Précis d'analyse microbiologique des eaux », de M. Gabriel Roux, directeur du bureau d'hygiène de Lyon, nous croyons devoir indiquer avec détails notre manière de procéder.

La méthode est basée sur ce principe qu'on peut diviser une quantité voulue d'eau, par exemple un centimètre cube, en

Digitized by Google

gouttelettes de poids égal et suffisamment petites pour que chaque gouttelette ne contienne qu'un seul germe au maximum. En ensemençant chaque gouttelette dans un ballon ou un tube de bouillon nutritif, on obtient autant de cultures qu'il y a de germes dans la quantité soumise à l'analyse. Lorsque la richesse de l'eau en bactéries est grande, on prépare au préalable des dilutions à titre connu avec de l'eau stérilisée. Dans ce dernier cas, on associe la méthode de Miquel avec celle de MM. Chauveau et Arloing.

L'analyse complète comporte plusieurs opérations dont chacune a son importance et ses difficultés.

La première opération consiste à préparer un certain nombre de pipettes qui servirait à la répartition des gouttes dans les ballons ou tubes contenant le milieu de culture, dans notre cas du bouillon de veau ou de bœuf. Ces pipettes présentent deux parties : un corps et une effilure ; elles ne doivent pas présenter de col. La préparation de ces pipettes a une grande influence sur l'exactitude des résultats. Il faut, en effet, observer ce point capital que toutes les gouttes qui tombent de l'effilure d'une telle pipette présentent un poids sensiblement égal. MM. Chauveau et Arloing ont établi par des expériences ad hoc qu'on peut obtenir ce résultat, lorsque la pipette présente les conditions suivantes : 1° l'effilure doit avoir une lumière sensiblement égale dans toute sa longueur et elle ne doit pas être trop courte ; 2° l'axe de l'effilure doit faire avec l'axe du corps de la pipette une ligne droite ; 3° l'inclinaison de la pipette ou l'angle formé par la pipette avec l'horizontale doit être la même pendant toute la durée de la distribution des gouttes dans les tubes du bouillon.

On obtient une lumière sensiblement égale de l'effilure lorsqu'on étire la pointe d'un seul mouvement qui ne doit pas être ni accéléré, ni retardé pendant la manipulation. Généralement on obtient après le premier chauffage, qui a pour but de fusionner le verre du tube, lorsqu'on étire une effilure, une pipette qui présente un corps, un col et une effilure. Or, il faut maintenant faire disparaître le col. Pour

Digitized by Google

cela faire, on transforme la partie rétrécie qui présente le col en effilure définitive en se servant d'une petite flamme. C'est ici qu'il importe d'étirer la pointe d'un mouvement égal. La petite flamme d'un chalumeau à gaz est préférable à la flamme d'une lampe à alcool. Une deuxième condition qu'il faut observer minutieusement est celle de présenter à la flamme tous les points du verre à fusionner pendant un temps égal pour qu'il n'y ait pas de différence de résistance du verre à l'étirement. Dans ce but on tourne la pipette d'un mouvement égal pendant toute la durée du chauffage. Il est facile de régler la lumière de l'effilure, suivant qu'on étire la pointe plus ou moins rapidement. Avec un peu d'habitude on arrive à obtenir des pipettes qui laissent écouler par centimètre cube, 100, 150, 200 gouttes, ou même davantage, et cela à volonté, suivant la rapidité avec laquelle on a tiré sur le verre fusionné.

Voilà pour l'effilure. Quant au corps, il doit être gradué par fractions de centimètre cube. Habituellement la partie graduée de la pipette comprend une partie du corps et la presque totalité de l'effilure. Avec les effilures minces, nécessitées par le procédé de MM. Chauveau et Arloing qui est basé sur la petitesse de la goutte d'écoulement, il est impossible d'employer du mercure et difficile de se servir même de l'eau pour graduer ces pipettes, si l'ont voulait faire entrer l'effilure dans la partie graduée. C'est pourquoi nous avons pris le parti de graduer le corps seul, à une certaine distance de l'effilure, ce qui présente encore cet autre avantage de permettre d'opérer la graduation avant de préparer l'effilure.

En procédant de cette dernière manière, c'est-à-dire en graduant les tubes avant de préparer l'effilure, on peut substituer la graduation par longueur à celle par volume. En effet, les tubes de verre qu'on emploie dans les laboratoires ont un diamètre de lumière connu et toujours égal dans les tubes de même calibre. Lorsqu'on est occupé à préparer un grand nombre de pipettes graduées, on remarque vite que la longueur de la partie des pipettes du même calibre qui

Digitized by Google

contient un centimètre cube est toujours exactement égale et que cette longueur est deux fois, deux fois et demi, quatre fois plus grande que la longueur d'un centimètre cube de la pipette graduée dont on se sert pour les mensurations. Dès lors il n'y a qu'à mesurer la longueur d'un centimètre cube d'une première pipette préparée à l'aide du mercure et de marquer cette longueur par des traits sur d'autres tubes du même calibre. Cette manière de procéder serait inapplicable aux pipettes dont l'effilure est comprise dans la graduation.

Les pipettes ainsi préparées sont soumises à la stérilisation. Il est bon de pratiquer au chalumeau au-dessus du coton un étranglement qui servira à sceller le tube lorsqu'on voudra faire le vide dans la pipette pour faciliter de puiser l'eau avec cet instrument.

Nous ne nous servons de ces pipettes que pour distribuer de l'eau à examiner dans des tubes de bouillon. Pour le transport de l'eau jusque dans le laboratoire, nous nous servons d'autres récipients. Dans ces conditions, il n'est même pas nécessaire de faire au préalable le vide dans les pipettes.

Les pipettes ne servant que pour la distribution des gouttelettes d'eau, on les remplit juste au moment où on procède aux ensemencements. A l'aide d'un tube de caoutchouc adapté à l'extrémité libre de la pipette, on aspire de l'eau jusque un peu au-dessus du trait supérieur et on fixe immédiatement la pipette dans un support. Ou bien, si on avait fait le vide dans la pipette, on plonge la partie effilée de la pipette bien flambée et refroidie dans l'eau, où on brise l'extrémité de la pipette avec une pince flambée; l'eau se précipite alors dans la pipette; lorsque l'eau est montée d'une quantité suffisante et avant qu'elle ait atteint le coton, on brise l'extrémité supérieure pour permettre l'introduction de l'air extérieur qui se filtre en traversant le coton. On peut alors retirer la pipette de l'eau et on la fixe dans les mors d'un support. Immédiatement on procède aux ensemencements en ayant soin de ne laisser tomber dans chaque tube contenant du bouillon qu'une seule goutte d'eau. A partir du moment où le disque inférieur de la colonne d'eau touche

Digitized by Google

le trait supérieur gravé sur la paroi du tube, et jusqu'au moment où ce même disque arrivera au trait inférieur, on compte le nombre de gouttes qui s'écoulent de la pipette. Il n'est point besoin de déterminer au préalable le nombre des gouttes qui correspondent à un centimètre cube de la pipette ; ce calcul se fait en même temps que les ensemencements. L'opération finie, on compte le nombre de tubes ensemencés. Lorsqu'au bout d'un temps variable, de quelques jours à plusieurs semaines, tous les tubes de bouillon qui devaient se troubler, se présentent comme fertiles, lorsque tous les autres restent limpides, on peut évaluer par un simple calcul le nombre de germes dans un centimètre cube d'eau. On admet qu'il n'y a probablement pas plus d'un germe dans chaque gouttelette d'eau lorsque le nombre des tubes fertiles ne dépasse pas le tiers du nombre des tubes ensemencés.

Première expérience. — Après avoir préparé tous les matériaux nécessaires pour l'analyse, tubes avec bouillon vérifiés à l'étuve, pipettes graduées, etc., nous recueillons, le 3 décembre 1891, à 10 heures du matin, de l'eau des deux pompes dans des flacons bouchés au liège et stérilisés. Avant de recueillir l'eau dans les flacons, on la laisse couler pendant dix minutes pour être à l'abri des souillures provenant des parois des conduits. Les flacons restent au frais jusqu'à 1 heure 1/2 du soir, moment où on procède aux ensemencements.

A) *Eau de ménage*. — La pipette qui sert à distribuer les gouttelettes d'eau dans les tubes chargés de bouillon présente une effilure de diamètre partout égal, dont l'axe fait suite à celui de la partie large de la pipette. Elle est fixée de manière à ce que l'inclinaison d'écoulement reste constante. Dans toutes les expériences, ces trois conditions sont rigoureusement observées, de même qu'une quatrième, savoir que le nombre des gouttes par centimètre cube d'eau doit dépasser 100.

Notre pipette laisse écouler 120 gouttes par centimètre cube. Nous distribuons 40 gouttes dans 40 tubes de bouillon

Digitized by Google

peptoné. Sur ces 40 tubes, un seul se trouble pendant les 5 jours suivants; 7 jours plus tard on peut compter 5 tubes fertiles; tous les autres tubes restent stériles plusieurs semaines.

Nous avons donc ensemencé 1/3 de centimètre cube et nous avons obtenu 5 tubes fertiles. A supposer que chaque tube ne contenait originairement qu'un seul germe, il y aurait 15 *germes par centimètre cube dans l'eau de ménage.*

B) *Eau du parc.* — Toutes les autres conditions étant absolument égales, il y a au moment de l'ensemencement, cette seule différence que la pipette laisse écouler 200 gouttes et qu'on en distribue 35 dans 35 tubes chargés avec du bouillon peptoné. Déjà 2 jours plus tard, il y a 30 tubes fertiles, au bout de 4 jours il y en a 34, au bout de 7 jours tous les tubes sont fertiles. *L'eau du parc contient donc au moins* 200 *germes par centimètre cube, tandis que l'eau de ménage n'en contient que* 15.

Voilà un résultat assurément inattendu qui a vivement excité notre curiosité. Comme les conditions d'ensemencement des deux eaux étaient absolument égales, la différence dans les résultats ne pouvait tenir qu'à la qualité des eaux elles-mêmes. D'ailleurs, la faible proportion de germes dans l'eau de ménage pouvait déjà faire pressentir que notre opération n'avait pas été vicieuse.

Remarquons en passant que l'eau de ménage, aussi bien que celle du parc, conservée à la température du laboratoire, était et est restée absolument limpide et ne présentait pas le moindre trouble, même au bout de plusieurs semaines, de quelques mois. Ce fait montre qu'une limpidité parfaite et durable d'une eau n'exclut pas une teneur assez forte en microbes (eau du parc). Il est toutefois à remarquer que les examens systématiques des tubes fertiles faits à l'aide du microscope nous ont appris que presque la totalité des germes étaient des microbes et qu'il n'y avait que fort peu de moisissures, particularité sur laquelle nous n'insistons pas faute d'expérience personnelle sur les rapports de la limpidité des eaux et de leur teneur en microbes d'une part, en moisissures d'autre part.

Digitized by Google

Ainsi que nous l'avons dit au début de cet exposé, la pompe du parc avait été abandonnée, il y a quelques années pour des raisons qui montrent que souvent le bon sens est d'accord avec la science. Les habitants de l'arsenal avaient en effet remarqué que l'eau de la pompe du parc, avant de devenir limpide, coulait pendant plusieurs minutes chargée de gravier et de sable, et en outre que la pompe n'était pas bien amorcée. Au premier accident mortel, survenu parmi les personnes qui usaient de cette eau, on condamna la pompe.

Pour le moment, sans aller jusqu'à incriminer l'eau, nous avons pensé que l'inactivité dans laquelle la pompe du parc est restée pendant des années pouvait bien contribuer à souiller l'eau. Nous avons donc voulu éliminer ce facteur, et dans ce but nous avons prié M. le Directeur de l'arsenal de donner des ordres pour que la pompe soit mise en usage sans se servir de l'eau. On a donc fait couler l'eau de la pompe tous les jours pendant au moins dix minutes, pendant dix jours consécutifs au bout desquels nous répétâmes l'expérience.

Deuxième expérience. — Le 22 décembre, à 10 heures du matin, on fait une deuxième prise d'eau des deux sources, dans les mêmes conditions que précédemment. L'eau recueillie au bout de 10 à 15 minutes d'écoulement est conservée à la température de l'atmosphère (+ 2° à 3° C.) jusqu'à 1 heure 1/2. C'est à ce moment qu'on procède aux ensemencements, pour rester dans les mêmes conditions que pendant la première expérience.

a) *Eau de ménage.* — La pipette contient 132 gouttes par centimètre cube. On ensemence 20 tubes de bouillon peptoné. Tous les tubes restent stériles, même au bout de deux semaines.

Comme on n'a ensemencé que 1/6 à 1/7 de centimètre cube, on ne pouvait s'attendre à plus de 2 ou 3 tubes fertiles. Le fait qu'il n'y en avait point de fertile ne saurait être regardé comme de nature à infirmer l'exactitude de notre première analyse. Nous pensons au contraire que ce deuxième résul-

Digitized by Google

tat plaide en faveur de l'exactitude de la méthode, avec cette restriction que les germes ne sont pas répartis dans l'eau avec une régularité mathématique.

B) *Eau du parc.* — La pipette dont on se sert pour cette analyse laisse écouler 144 gouttes par cent. cube. On ensemence 40 tubes. Le résultat final est que tous les tubes, sauf deux, sont fertiles. Il y a donc au moins 137 germes par centimètre cube.

Ce chiffre de 137 germes n'est nullement contradictoire avec le chiffre de 200 obtenu par la première analyse. On sait, en effet, depuis les travaux des premiers micrographes qui ont analysé les eaux, qu'on ne saurait admettre que les germes soient isolés dans les gouttelettes ensemencées tant que le chiffre des tubes fertiles dépasse le tiers des tubes ensemencés. Nos analyses préalables ayant donné une proportion des tubes fertiles beaucoup plus forte, puisque tous ou presque tous les tubes ont été fertiles, il est évident qu'un certain nombre de tubes contenaient originairement deux germes ou même davantage. On peut donc plutôt considérer la deuxième analyse comme confirmative de la première.

Mais, en outre de cette confirmation, la deuxième analyse démontre que la forte teneur de l'eau du parc en germes n'est pas imputable aux conduits de la pompe, mais doit être attribuée à la mauvaise qualité de l'eau elle-même.

D'ailleurs, une troisième analyse, ayant pour but de déterminer le chiffre exact de microbes par centimètre cube d'eau est venue corroborer cette conclusion.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — *Eau du parc.* — On fait pomper de l'eau du parc encore *pendant un mois*, tous les jours, au moins pendant dix minutes.

C'est alors qu'on recueillit, le 15 février 1892, à dix heures du matin, de l'eau du parc, dans les mêmes conditions qu'auparavant. On procède aux ensemencements à 1 h. 1/2 du soir, l'eau étant restée au frais pendant les 3 h. 1/2 entre le moment où on l'a prise et le moment d'ensemencement. Cette expérience comprend quatre analyses : une avec de

Digitized by Google

l'eau non diluée et trois avec des dilutions à des degrés différents.

Première analyse : Eau non diluée. La pipette contient 80 gouttes. On ensemence 20 tubes. Comme c'était à prévoir, tous les tubes sont troubles au bout de peu de jours.

Cela confirme une fois de plus la mauvaise qualité de l'eau.

Deuxième analyse : Eau diluée au 1/5e. La pipette contient 120 gouttes par cent. cube. On ensemence 25 tubes. Au bout de 7 jours 18 tubes sont fertiles; au bout de 3 semaines 24 tubes sont fertiles. Le dernier tube reste toujours stérile.

Cette analyse montre que le nombre de germes est de 576 environ par cent. cube.

Troisième analyse : Eau dilué au 1/25e. La pipette contient 120 gouttes par cent. cube. On ensemence 25 tubes. Au bout de 7 jours il y a deux tubes fertiles; au bout de 3 semaines 4 tubes sont fertiles. Les 21 autres restent dès lors stériles.

D'après cette analyse, le nombre de germes par cent. cube serait de 480 environ.

Quatrième analyse : Eau diluée au 1/125e. La pipette contient 100 gouttes par cent. cube. On ensemence 20 tubes. Tous les tubes restent stériles pendant plusieurs semaines.

S'il y avait un seul tube fertile, le nombre de germes par cent. cube serait de 625. Le nombre est donc en réalité inférieur à 625. La deuxième analyse ayant donné le chiffre de 576 et la troisième celui de 480 ou supérieur, il faut donc conclure que *la teneur de l'eau du parc est de* 500 *à* 600 *germes par cent. cube, soit de* 500,000 *à* 600,000 *par litre.*

On ne saurait méconnaître que la concordance des résultats fournis par les différentes analyses est tout à fait remarquable, si l'on veut prendre en considération que les coefficients, qui sont 5 fois 5 dans la deuxième analyse, 5 fois 25 dans la troisième, 5 fois 125 dans la quatrième analyse, sont la seule cause des écarts entre les résultats. Les coefficients étant 125 et 625, les écarts étant de 96 et de 145, on voit que ces derniers restent au-dessous des limites des erreurs de l'expérimentation.

Digitized by Google

Il y a donc un fait incontestable : les deux pompes fournissent une eau, l'une de très bonne qualité, l'autre de qualité mauvaise. Pour élucider la cause de cette différence, si constante, si remarquable, entre deux points très rapprochés, il fallait procéder à une enquête approfondie.

Nous nous sommes livré à cette enquête et nous avons pu recueillir sur place, de la bouche de l'officier chargé des bâtiments de l'arsenal, des renseignements qui ne laissent aucun doute sur les conclusions à tirer au point de vue de l'hygiène. Nous profitons de l'occasion pour exprimer à l'Administration de l'arsenal toute notre gratitude pour l'amabilité éclairée avec laquelle on s'est efforcé de nous aider à élucider une question scientifique, le côté pratique de la question paraissant vidé dès que l'on a su que l'eau était mauvaise.

1° Une première question qui s'est posée est celle des rapports des fosses d'aisance avec les deux pompes. Or, la fosse d'aisance la plus rapprochée de ces pompes est plus près de la pompe du ménage que de celle du parc. On voit d'après le plan que nous avons fait que la distance entre ces deux pompes est de 30 à 35 mètres ; la fosse d'aisance est éloignée de la pompe du ménage d'une distance de 6 mètres environ, tandis que la pompe du parc en est éloignée de 25 à 30 mètres. Il n'y a donc pas lieu d'incriminer les fosses d'aisance.

2° Le courant d'eau le plus rapproché est celui du Rhône. Le Rhône passe à une distance de quelques centaines de mètres dans une direction qui fait que la pompe du parc est plus éloignée de la rivière.

3° La construction des deux puits est la même. Un tube en acier, long de 6 mètres, terminé en cône et percé dans cet endroit de petits trous, est plongé dans la nappe d'eau souterraine. La distance du sol à la surface d'eau est de 2 m. 50. Sous ce rapport encore les conditions sont égales.

4° Reste un dernier point. L'eau du parc est sablonneuse. Le sable arrivant dans les trous et dans la partie rétrécie du conduit, bouche la communication entre le tube et l'eau, de sorte qu'au bout d'un certain temps la pompe n'est plus amorcée. Chaque fois qu'on veut s'en servir, il faut verser

Digitized by Google

de l'eau dans le tube de conduit par en haut, pour déboucher les trous et amorcer de nouveau la pompe. Alors les premières parties d'eau arrivent chargées de sable, et seulement plus tard l'eau devient claire. Le sable lui-même se présente tout à fait propre, bien lavé, et il n'y a pas d'autres substances (argile, matières organiques, etc.) qui rendraient l'eau trouble. Quant à la nature géologique du sol, nous n'avons malheureusement pas pu obtenir des renseignements précis sur ce point. Tout ce que nous savons, c'est qu'en général la composition du sol est la même sur toute l'étendue de l'arsenal.

Nous croyons donc que la différence entre la richesse en microbes des deux pompes tient exclusivement à la qualité de l'eau, dont une est sablonneuse et l'autre ne l'est pas. Les grains de sable, qui présentent un filtre naturel des plus parfaits, lorsqu'ils sont tassés en masse compacte au-dessous de la couche d'eau, sont donc la cause d'une souillure bactérienne, lorsqu'ils forment un dépôt flottant dans les diverses couches d'eau. Cela n'a rien d'étonnant, mais cela a d'autant plus d'importance au point de vue de l'hygiène que l'eau elle-même peut rester parfaitement claire et limpide.

Un deuxième fait qui se dégage de nos analyses est la notion que deux sources d'eau très rapprochées peuvent présenter des différences notables quant à leur teneur en bactéries, sans qu'on trouve d'autres conditions déterminantes que celles que donne l'eau elle-même et sa couche sous-jacente. Le sol peut donc présenter, malgré son uniformité régionale, des différences pour ainsi dire très localisées. Ces différences peuvent être assez importantes pour rendre une eau, d'ailleurs parfaite à l'œil, impropre à l'usage.

Cela démontre l'utilité des analyses bactériologiques quantitatives de l'eau.

Maintenanant, *a fortiori*, si l'eau d'un puits tubulaire est habituellement sablonneuse au début d'une prise, ou si les trous du tube s'obstruent aisément, il est prudent d'abandonner ce puits et d'en forer un autre dans un point voisin.

Digitized by Google

DE L'OMPHALECTOMIE

ET DE LA SUTURE A TROIS ÉTAGES

DANS LA CURE RADICALE DES HERNIES OMBILICALES

PAR LE Dr CONDAMIN

Les chirurgiens sont actuellement à peu près d'accord sur l'utilité qu'il y a à opérer les hernies ombilicales, étranglées ou non. Les indications dont nous avons fait une étude ailleurs (1) se sont beaucoup étendues dans ces derniers temps, et à part les hernies petites des nouveau-nés qui ont une tendance presque absolue à la guérison, on peut dire que toute hernie ombilicale doit être justiciable d'une cure radicale, en raison des complications nombreuses dont elle peut être l'objet à un moment donné.

D'autre part, les statistiques récentes ont démontré que les éventrations herniaires des nouveau-nés, lorsqu'elles n'atteignent pas des dimensions trop considérables, doivent être également traitées chirurgicalement ; l'abstention étant presque fatalement suivie de mort.

Quant aux procédés à employer, ils varient avec chaque chirurgien, mais on peut dire que les modifications qui ont été apportées dans ces quinze dernières années ont montré cette tendance qu'ont présentée les divers chirurgiens qui se sont occupés de cette question, à savoir, d'identifier la

(1) De l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales ; étude des indications et de quelques procédés récents (*Archives provinciales de chirurgie*, septembre 1892.

Digitized by Google

plaie faite dans le cours d'une kélotomie ombilicale à une plaie de laparotomie.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier les principaux temps opératoires qui précèdent la suture dans la cure radicale des hernies ombilicales ; nous laisserons donc complètement de côté la question si complexe de la réduction des viscères, de l'adhérence au sac, de la nécessité que l'on éprouve parfois de réséquer une étendue plus ou moins considérable d'épiploon. Nous signalerons cependant le manuel opératoire qu'employait Daniel Mollière dans la hernie ombilicale étranglée, car il est peu connu en dehors du milieu chirurgical lyonnais et qu'il nous a inspiré le procédé que nous proposons : « Quand on opère une hernie ombilicale étranglée, dit Mollière, il faut enlever le nombril. En agissant ainsi on peut sans aucune difficulté isoler la tumeur en circonscrivant l'ombilic par deux incisions elliptiques horizontales. Ainsi débarrassé de l'adhérence cutanée du nombril, vous pourrez énucléer votre hernie ombilicale comme la plus vulgaire hernie marronnée de l'aine. Vous pourrez arriver sur l'anneau, le débrider sans ouvrir le sac. Mais ouvrez-le d'abord par son sommet et vérifiez son contenu. Quand l'intestin est sain, on le réduit après toilette antiseptique et l'on pratique la ligature du sac. La cicatrice opératoire devient un nouvel ombilic. »

Daniel Mollière n'insistait pas sur le genre de suture à employer. Cela avait cependant une grande importance, car, croyons-nous, le mode de suture doit jouer un grand rôle, aussi bien dans les éventrations post-opératoires que dans les éventrations ombilicales qui accompagnent une kélotomie ou une cure opératoire des hernies du nombril.

Dans ces derniers temps on a étudié d'une façon très précise les conditions nécessaires pour éviter une éventration post-opératoire, et on pourra lire à ce sujet un bon travail de notre collègue et ami le docteur Goullioud sur ce point (1).

(1) Dr Goullioud : De l'éventration opératoire ; prophylaxie ; cure radicale. (*Lyon Médical*, 1892.)

Digitized by Google

Nous trouvons même dans ce mémoire une idée du procédé opératoire que nous proposons : « Il nous avait semblé, dit-il, que la cure radicale d'une éventration devait se rapprocher de la cure radicale des hernies et l'une et l'autre présenter les mêmes temps opératoires. La section des téguments, l'isolement et la résection du sac, la fermeture des diverses couches abdominales... La distension antérieure de la cicatrice ombilicale, fréquente spécialement en cas d'ascite, coïncidant avec une tumeur, nécessitera simplement la résection de cette hernie.

« La région ombilicale, à cause de la minceur et de l'adhérence des diverses couches et par suite de la difficulté de leur suture, doit être largement contournée. »

Gill Wylie (1) a surtout insisté sur la nécessité d'affronter la couche profonde aponévrotique si l'on veut éviter sûrement l'éventration post-opératoire, et nous ajouterons les récidives dans les éventrations ombilicales : « La nécessité, dit Gill Wylie, de rapprocher les bords du péritoine semble généralement reconnue, mais la plupart des opérateurs méconnaissent entièrement le fait que l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche est en réalité le tendon des muscles abdominaux à direction transversale ; que c'est ce fascia et non les muscles droits qui donnent aux parois abdominales leur résistance dans le sens transversal. Les muscles droits sont longitudinaux et très facilement déviés au dehors par toute force agissant transversalement et tendant à les séparer. »

Il est difficile de résumer en moins de mots les conditions nécessaires pour la solide réunion d'une plaie opératoire de l'abdomen. C'est le défaut de réunion des couches aponévrotiques, dont l'ensemble forme un véritable confluent ligamenteux de la ligne blanche, qui constitue la vraie cause des éventrations, soit opératoires, soit ombilicales. Il est bon d'être prévenu que ce feuillet profond aponévrotique qui, sui-

(1) Gill Wylie : Ventral hernia cause de by laparotomie (*Amer. J. of Obstetrics*, 1887.)

Digitized by Google

vant Gill Wylie, constitue le tendon des muscles transversaux de l'abdomen, est doublé dans la région ombilicale par un fascia dit ombilicalis.

Quand le bord des droits à ce niveau, comme ailleurs, a été intéressé, on voit immédiatement le muscle faire hernie en dehors de sa gaine, et alors si on ne recherche pas ce feuillet profond avec soin entre la couche péritonéale et la couche musculaire en retrait desquels il se trouve, on aura grande chance pour le laisser en dehors de la suture. Dans nos expériences cadavériques, il nous a semblé que cette recherche était facilitée par l'artifice suivant : après l'ablation de l'ombilic on passe aux deux extrémités inférieure et supérieure de l'incision un fort fil métallique que l'on noue à ses extrémités et par lequel un aide soulève la paroi abdominale et par suite expose aux regards les diverses couches de la paroi.

D'autre part, on facilitera aussi la recherche et l'adossement de ce plan aponévrotique profond en passant, avant de faire la suture à trois étages, trois ou quatre fils profonds. Avec une aiguille de Reverdin on fait pénétrer à 4 centimètres des bords de l'incision un fil métallique résistant qui traverse obliquement toute la paroi, mais de telle sorte que la couche péritonéale ne soit perforée qu'à 5 millimètres de son bord, ce qui est suffisant pour permettre son adossement avec la couche correspondante du côté opposé. En un mot, ce fil qui est destiné à rapprocher solidement les parois écartées, entre dans la peau à 4 cent. des bords de l'incision, traverse obliquement de dehors en dedans la couche musculo-aponévrotique, perfore le péritoine à 4 ou 3 mil. de sa section, puis va pénétrer dans les mêmes couches du côté opposé, mais en sens inverse.

En tirant sur ce fil profond, il est facile d'obtenir un rapprochement des couches qui doivent se correspondre et d'en pratiquer la suture. Sur les sujets dont la peau est flasque et semble trop considérable pour son contenu, il sera bon de pratiquer du côté de celle-ci une résection plus large que du côté des plans sous-jacents. Cette recommandation a surtout

Digitized by Google

sa raison d'être quand il s'agit de hernie ombilicale dont la peau qui lui sert d'enveloppe est très amincie, même en dehors du collet. Dans ces conditions, on voit souvent la réunion manquer à cause du peu de vitalité des parties réunies.

Terrier (Société de chirurgie, 1891) a insisté spécialement sur cette complication qui peut amener un retard considérable de la cicatrisation et prédisposer à une récidive. Le chirurgien de Paris rapporte à cette occasion une observation dans laquelle la réunion avait paru se bien faire pendant les 48 premières heures ; mais au bout de ce temps, en raison de la mince épaisseur des tissus et de leur peu de vascularité, les téguments et une portion du sac lui-même se sphacélèrent.

Polaillon aussi eut chez deux de ses opérés un peu de sphacèle, mais il n'y eut pas de conséquences fâcheuses, parce que la réunion immédiate était faite dans la profondeur. C'est donc une raison de plus pour conseiller une large ablation de tous ces tissus à vitalité plus ou moins douteuse. Pour cela, on n'aura pas à se préoccuper de la hernie ombilicale elle-même. On se contentera d'examiner son collet et de pratiquer latéralement de chaque côté deux incisions courbes se réunissant à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous de lui. On incisera toutes les couches jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur le péritoine pariétal, et on enlèvera ainsi, comme s'il s'agissait d'une tumeur, toutes les enveloppes de la hernie.

Dans certains cas, il faudra pour dépasser les limites de l'anneau ombilical avoir une perte de substance transversale de plusieurs centimètres. On ne devra s'arrêter et cesser de se porter au dehors que lorsqu'on aura aperçu le bord interne des droits. S'il s'agit de hernie ombilicale étranglée, on procédera de la même façon, seulement il faudra dans les derniers temps de l'incision aller avec une sage lenteur en se rappelant qu'on peut rencontrer des adhérences intestinales, soit au niveau, soit même en dehors du collet du sac. Lorsque l'omphalectomie sera terminée, on procédera, comme le

Digitized by Google

conseillait Daniel Mollière, en allant débrider de dehors en dedans. Il sera plus facile alors d'arriver sur le siège de l'étranglement sans léser le péritoine ou l'intestin; il sera plus facile de libérer aussi les adhérences de tout genre que l'on rencontre presque toujours dans les hernies étranglées de l'ombilic.

Un autre avantage que présente l'omphalectomie et qui n'est pas à dédaigner dans l'espèce, c'est que l'on évite une perte de temps assez considérable. En lisant les observations d'interventions opératoires dans les cas de hernies volumineuses et à sacs secondaires multiples, on voit que souvent le chirurgien a dû passer plus d'une heure pour libérer les adhérences et poursuivre les anses intestinales herniées dans tous les diverticules du sac.

Avec l'omphalectomie on a des points de repaire précis, et lorsque le collet du sac est enlevé d'abord, puis ouvert ensuite, il sera beaucoup plus simple de procéder à la libération du paquet hernié. Au point de vue de la facilité des sutures il sera nécessaire que l'omphalectomie dépasse sensiblement, au-dessus et au-dessous, les limites de l'anneau ombilical. D'une façon générale, on doit dire qu'il faut une incision d'autant plus étendue dans le sens longitudinal du corps que les dimensions transvervales de celle-ci seront elles-mêmes plus étendues. Si la plaie transversale a 4 centimètres de large, il faudra que la plaie longitudinale soit de 12 cent. Du reste, l'étendue de cette dernière incision n'a qu'une importance bien secondaire. C'est quelques points de suture en plus et voilà tout.

Il n'en est pas de même des dimensions transversales; car dans certains cas, sur le cadavre surtout, où les anses intestinales sont généralement distendues et où les parois abdominales manquent d'élasticité par suite de la rigidité cadavérique, on éprouve parfois de la difficulté à rapprocher les surfaces.

C'est dans ces cas que les fils métalliques profonds faciliteront singulièrement ces rapprochements et la suture des différentes couches.

Digitized by Google

Ce sera aussi, nous croyons, une légère cause de difficulté opératoire dans les cas de hernies ombilicales étranglées, et lorsque l'agent de striction portera sur la partie inferieure de l'intestin (ce qui, du reste, est rare). Dans ces cas-là, en effet, toute la partie supérieure du tube digestif sera distendue par des gaz et des matières et l'on éprouvera pour les réintégrer dans l'abdomen des difficultés auxquelles on est exposé dans les laparotomies pour occlusion intestinale.

Dans les cas d'éventration ombilicale, tels que l'on en rencontre à la naissance et dans lesquelles les masses herniées ne sont recouvertes que d'une couche granuleuse, on pourra tenter la même cure opératoire si le volume de la hernie n'est pas trop considérable.

Comme on le voit actuellement par la statistique, ce sont des enfants qui sont presque tous condamnés à la mort par l'expectation ; mais dans ces cas il faudra réséquer le moins de tissu possible, et à la rigueur si l'on éprouvait trop de difficulté pour rapprocher les bords cruentés, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer des débridements latéraux à distance qui permettraient le glissement des plans musculo-cutanés.

Si plus tard il se produit au niveau de ces débridements des hernies secondaires, on pourra toujours les traiter ; mais au moment de la naissance, l'indication la plus urgente est de recouvrir par une surface cutanée, ou musculo cutanée si c'est possible, les organes viscéraux qui ne sont recouverts que par une couche péritonéale et une couche granuleuse mal définie.

Nous n'entrerons pas à propos des sutures dans des discussions qui ont été soulevées dans ces derniers temps pour savoir s'il fallait préférer le catgut ou la soie. Nous croyons la chose peu importante pourvu que l'agent de la suture soit aseptique. Nous trouvons, en nous basant sur la pratique de notre maître, le professeur Fochier, que le fil de soie est beaucoup plus commode pour les surjets que le catgut, et que d'autre part, après une désinfection préalable, il suffit de la faire bouillir pendant 20 minutes avant l'opération pour être assuré de l'avoir absolument aseptique.

Digitized by Google

Il sera bon d'employer pour le surjet le procédé mis en usage par Doyen (de Reims) pour les sutures de l'intestin, c'est le surjet à points passés. Cette variété de surjet se fait de telle sorte que tous les trois ou quatre points, le fil est arrêté en repassant l'aiguille au travers du fil précédent (1). Ce procédé que nous avons employé à plusieurs reprises dans les expériences opératoires cadavériques nous a semblé constituer un perfectionnement sensible de la suture à surjet.

Pour les sutures cutanées, rien ne vaut les points entrecoupés avec fil métallique.

Tels sont les principaux points que nous voulions mettre en relief. Ce procédé de cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie et de sutures à trois étages sera, du reste, étudié avec plus de détails et avec des documents cliniques dans la thèse inaugurale de M. Carteret.

(1) Pour plus de détails voir descriptions et figures de la suture en surjet à points passés dans *Archives provinciales de chirurgie*, 1er juillet 1892, p. 73.

Digitized by Google

SUR LES VERRES DE CONTACT

PAR LE Dr H. DOR

Un des plus beaux titres de gloire de Donders est d'avoir introduit dans la pratique usuelle l'emploi des verres cylindriques pour la correction de l'astigmatisme régulier. Cette anomalie de la réfraction due au fait que la cornée ou le système dioptrique de l'œil présente une réfraction différente dans ses divers méridiens avait déjà été signalée par Young, Airy et quelques autres physiciens qui en avaient même indiqué et calculé la correction. Mais on croyait toujours qu'il s'agissait de cas exceptionnels jusqu'à ce que Donders ait démontré la fréquence de cette anomalie et le grand bénéfice que l'on pourrait obtenir par les verres cylindriques. Aujourd'hui le port des verres cylindriques est d'un usage journalier. Toutefois, à coté des cas nombreux d'astigmatisme régulier on en rencontre d'autres où la courbure de la cornée est si irrégulière que la correction par des lunettes est impossible. Ces cas sont connus sous le nom d'astigmatisme irrégulier. Une autre altération de la forme de la cornée qui n'a pas, jusqu'ici, pu être corrigée d'une manière suffisante par des verres est le kératocone.

J'ai, le premier, en 1876, fait tailler à Genève par Artaria des verres coniques qui ont été plus tard remplacés par les verres hyperboliques de Raehlmann que j'ai présentés à la Société des sciences médicales en 1880. (Voir aussi Benaky : *Du kératocone et de sa correction par les verres hyperboliques.* Thèse de Lyon, 1881.)

Digitized by Google

On arrivait ainsi à améliorer la vision d'une manière sensible ; mais ces verres ne sont pas entrés dans la pratique parce que la correction très considérable dans une direction donnée de l'axe visuel n'existait plus dès que l'œil faisait le plus petit mouvement en dehors de l'axe. Un simple appareil sténopéique, un trou dans une carte ou même le clignement des paupières, procurait une correction égale ou quelquefois supérieureà celle du verre hyperbolique.

Pour remédier à ces deux affections, astigmatisme irrégulier et kératocone, Fick (de Zurich) (1), eut en 1888 l'idée de supprimer totalement l'action de la cornée en la remplaçant par une cornée artificielle en verre à courbure normale qu'il appliquait directement sur l'œil en remplissant le vide laissé entre la coque du verre et l'œil par un liquide présentant le même indice de réfraction que la cornée et l'humeur aqueuse. Il se servait dans ce but d'une solution de glucose à 1/50e, que nous avons remplacée d'abord par du sérum artificiel, puis par la solution physiologique de chlorure de sodium. Les premiers verres, auxquels Fick donna le nom de *verres de contact*, étaient soufflés ; mais la courbure obtenue n'était pas suffisamment régulière et il réussit à en faire construire un par Abbé dans lequel la cupule représentant la cornée avait exactement 8mm de rayon de courbure, et cette cupule centrale était continuée par une partie plus évasée destinée à reposer sur la sclérotique et présentant un rayon de courbure de 15mm.

Fick annonça des résultats satisfaisants ; mais comme son verre de contact était un exemplaire unique, personne ne put répéter ses expériences.

A la dernière réunion de la Société française d'ophtalmologie (mai 1892), *Sulzer* annonçait que son opticien de Genève (Benzoni, rue du Stand) avait réussi à fabriquer des verres pareils et qu'on pouvait se les procurer chez lui. Je m'en fis expédier deux exemplaires, et j'avoue que j'ai d'abord été peu agréablement surpris lorsque j'eus à payer un remboursement

(1) *Arch. f. Augenh.*, XVII, p. 279.)

Digitized by Google

de 80 francs ; l'opticien ajoutait que c'était un prix de faveur, que le coût réel était de 50 francs la pièce. Je dois toutefois ajouter que ce prix ne me paraît plus exagéré depuis que j'ai pu me rendre compte des difficultés de l'exécution et surtout de la perfection de la courbure, laquelle, même avec l'ophtalmomètre de Helmholtz, ne présente pas la plus petite irrégularité dans les différents méridiens.

Il y a trois semaines environ que je fais des expériences avec ces verres, et ce sont les résultats de ces expériences que je désire vous communiquer aujourd'hui.

Je dois toutefois avouer que l'application n'est pas très agréable ; mais, grâce a la cocaïne, elle est bien tolérée. La manœuvre la plus difficile n'est pas la mise en place du verre, mais l'introduction du liquide qui doit remplir le vide entre le verre et la cornée. Il faut pour cela soulever légèrement le bord supérieur du verre avec un crochet et laisser tomber le liquide avec un compte-gouttes ou une pipette jusqu'à ce qu'on ait chassé complètement la bulle d'air qui existe toujours après la simple application.

Le malade que je vous présente est atteint de kératocone des deux yeux avec tache centrale des deux cornées. Il a été opéré (iridectomie) par Liebreich, en 1865, sur l'œil droit et en 1878 sur l'œil gauche.

La vision de l'œil gauche (le meilleur) est égale à 20/70 avec le verre hyperbolique 1 1/2 série A de Rathenow. En clignant des paupières il obtient également 20/70 (mais moins nettement qu'avec le verre hyperbolique) avec — 5 D. sphér. Avec le verre de contact et — 5 D. sphér., 20/60. Mais ce qui le frappe le plus, c'est que les objets dans le champ visuel périphérique ne sont plus déformés. « Il n'y a plus d'atmosphère, dit-il, je vois comme dans le vide. » Il avait cru jusqu'ici que l'atmosphère mettait une buée entre nous et les objets. Vision de près Snellen n° 7, avec le verre de contact Snellen n° 2 (sans cligner), en clignant même sans verre il lit Snellen n° 1. Le malade porte son verre depuis trois heures et il déclare n'en pas être incommodé.

Digitized by Google

Voici sous forme de tableau quelques autres résultats obtenus avec les verres de contact :

	Avec verres de contact
1. Mlle E. G... As. myopique irrégulier. V. 20/50 avec — 1,50 D. cyl. à 90°....	V = 20/30.
2. M. Ch... Aphakie après opération de cataracte. V. 20/400 avec + 13 D. sphér.	V = 20/100.
3. Mlle H... Hypermétropie et ast. irrég. V. 20/400 V. 20/200 avec + 6 D. sphér.....	V = 20/100.
4. Mlle D... Hyperm. et ast. V. 20/70..... ..... De près Snellen n° 4.....	V = 20/50. D'après Snellen 1.
5. Mlle B... Astigm. hyperm. V. 20/70. 20/50 avec + 2 D. cyl. à 90°.....	V = 20/20 avec + 2 D. sphér.
6. Enf. M... Astig. myopique. V. 20/200. V. 20/20 avec — 4,50 cyl. à 0°.....	V = 20/20 avec — 4 D. sph.
7. Mlle B... Astig. myopique. V. 20/70. V. 20/30 avec — 2 D. cyl. à 90°.....	V = 20/20 avec — 2 D. sph.
8. M. C... Hyperm. et astig. hyp. V. 20/70. V. 20/30 avec + 5 D.....	V = 20/20 avec + 3 D. sph.
9. M. M... Tache centrale de la cornée, iridectomie optique faite en 1882. V. 20/400	V = 20/70.

L'on remarquera dans le tableau ci-dessus que les verres de contact améliorent surtout l'hypermétropie et que dans les cas d'astigmatisme myopique le résultat, très bon pour la vision d'objets rapprochés, doit être corrigé pour la vision à distance par le verre sphérique correspondant ; c'est qu'en effet le verre de contact séparé de la cornée par la couche de liquide allonge l'axe optique de l'œil et produit ainsi une *myopie axile* dont la valeur varie suivant les individus, mais qui, en moyenne, correspond à deux dioptries.

En résumé, le verre de contact tel que nous le possédons aujourd'hui n'est pas d'une application très facile et il ne rendra de véritables services que dans les cas d'astigmatisme irrégulier considérable, soit sans, soit avec taches de la cornée et dans les cas de kératocone.

Digitized by Google

Par contre, il sera très utile au médecin pour faire immédiatement le *diagnostic* de l'astigmatisme irrégulier. Enfin, au point de vue physiologique il nous permettra en éliminant l'action de la cornée d'étudier la question, encore si controversée aujourd'hui, des contractions astigmatiques du cristallin. En effet, il nous sera facile d'étudier sur notre propre œil les verres cylindriques que nous arriverons à surmonter par l'astigmatisme artificiel du cristallin.

P. S. — Depuis la rédaction de mon travail j'eus l'occasion d'observer chez une jeune fille de 24 ans un nouveau kératocone sans tache centrale de la cornée. Ici la correction de la vision était encore beaucoup plus considérable de 1/80 à 1/2 $\frac{1}{2}$. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette correction optique possible ne rend pas moins nécessaire l'opération, car, sans opération, il est évident que le kératocone continuerait son évolution et que nous verrions bientôt apparaître l'opacité du centre de la cornée.

Digitized by Google

SUITES ÉLOIGNÉES

DES

ABLATIONS D'ANNEXES

POUR SALPINGO-OVARITE

PAR LE Dr GOULLIOUD

Dans une précédente séance, à propos de la présentation de pièces anatomiques, faites par M. Nové-Josserand en faveur du procédé d'hystérectomie de M. Quénu, on nous a demandé, pour établir l'utilité de nos interventions, des résultats anciens, soit après l'hystérectomie, soit après l'ablation des annexes malades : ces questions sont en effet connexes.

Sur l'hystérectomie pour lésions inflammatoires pelviennes, nous ne pouvons fournir pour le moment des résultats anciens, cette opération étant nouvelle pour nous, du moins faite suivant l'indication posée par MM. Péan et Segond.

Pour les ablations d'annexes, notre expérience est plus ancienne et nous pouvons vous présenter des malades opérées et suivies depuis trois ans et deux ans.

Nous limitons aujourd'hui la question aux ablations d'annexes pour lésions inflammatoires, suppurées ou cicatricielles. Nous laissons de côté les castrations pour fibromes, excellente opération à laquelle on n'a jamais objecté l'apparition de troubles nerveux importants. Nous laissons de côté également les castrations pour ovarie hystérique, dysménorrhée extrême, ou troubles nerveux semblant en rapport avec les fonctions ovariennes : M. Laroyenne n'intervient guère dans ces conditions et nous a inspiré la même méfiance en-

Digitized by Google

vers ces malades qui ressortent plutôt des neuropathologistes.

La *première malade* est une femme de 28 ans, mère de famille, qui a été opérée par M. Laroyenne il y a trois ans. Un an auparavant elle s'était présentée dans son service avec une collection pelvienne suppurée, survenue après une fausse couche (avril 1888). Cette collection fut débridée suivant la méthode de M. Laroyenne par le cul-de-sac postérieur (mai 1888). Rechute quelques mois après, avec une poussée de pelvipéritonite qui ramène la malade à la Charité. On trouve des masses inflammatoires, volumineuses, mais sans cavité bien nette à ponctionner, dans le cul-de-sac de Douglas; elles sont manifestement formées aux dépens des annexes.,

Ablation laborieuse des annexes, le 29 juin 1889, par M. Laroyenne : pus dans l'ovaire droit, adhérences très étendues, trompe gauche ayant plus d'un centimètre d'épaisseur, etc.

A cette époque, on n'employait pas encore la suture en étages dans le service de M. Laroyenne; une éventration survint qui fut opérée par M. Fochier, avec succès complet : la malade ne porte plus de ceinture (mai 1891).

Actuellement, cette malade va très bien. Elle a pu reprendre une vie très active; elle peut marcher, travailler, voyager sans ménagement.

Si on l'interroge, elle accuse cependant quelques malaises, dont elle ne se plaint pas spontanément. Elle serait plus nerveuse et a pris quelques crises de nerfs, ce qui ne lui était jamais arrivé; quelques maux de tête passagers; un besoin de mouvement qui lui rendrait pénible un travail qu'elle devrait faire assise, sans bouger, pendant des heures.

Cependant son opération serait à refaire qu'elle l'accepterait sans hésitation, car elle est très satisfaite de son éta actuel.

La *seconde malade* est une femme de 30 ans, mère de troi enfants, à qui j'ai fait l'ablation des annexes, il y a deu ans (27 août 1890) pour une métrite hémorrhagique, sui

Digitized by Google

venue après une fausse couche et sous la dépendance d'une salpingo-ovarite double. En effet, cette métrite hémorrhagique résista pendant deux ans aux traitements suivants : curettages, électrisation, injections caustiques, fer rouge porté dans la cavité utérine, etc.

Ce n'est qu'au septième séjour de cette malade à la Charité que je lui fis, remplaçant alors M. Laroyenne, l'ablation bilatérale des annexes, ce qui mit fin définitivement à ses hémorrhagies : il y avait à ce moment indication vitale à agir.

Les annexes étaient prolabées et adhérentes; un peu de pus crémeux dans la trompe gauche; elle avait un aspect fongueux; mais l'examen histologique ne confirma pas le soupçon de tuberculose.

Actuellement, cette femme va tout à fait bien; elle peut travailler toute la journée, en évitant les fatigues par trop pénibles, elle marche autant qu'elle veut, et a fait dernièrement, complètement à pied, la promenade de Lyon au Mont-Cindre.

Comme malaise, elle signale, si on l'interroge : deux crises de nerfs en deux ans; elle n'en avait jamais eu avant; le même besoin de mouvement que la précédente opérée, une indifférence sexuelle absolue.

Elle ne regrette nullement son opération; et se rappelant ses deux années de souffrance, elle s'écrie que « ce n'était pas la peine d'avoir tant tardé à se faire opérer, pour être si bien après. »

La *troisième malade* est une femme de 27 ans, mariée, sans enfant, à qui j'ai fait, le 17 octobre 1890, l'ablation des annexes, pour une rétroversion adhérente par double salpingo-ovarite. Cette femme était malade depuis dix-huit mois; douleurs incessantes, incapacité absolue de travail, dyspareunie, métrite hémorrhagique symptomatique.

On trouve à l'opération les lésions habituelles des salpingo-ovarites suppurées : liquide séro-purulent dans les trompes obturées.

Deux mois après elle est revue très contente; mais dès le

Digitized by Google

mois de février 1891 reparaissent, à la suite d'un voyage, ses hémorrhagies en même temps que surviennent une hyperesthésie douloureuse de tout le petit bassin, du vaginisme, des symptômes de fissure anale. Les pertes résistent à un repos au lit de plusieurs semaines et à un curettage.

La malade revient en août 1891, lasse de souffrir et demandant une nouvelle opération, capable de la soulager et d'arrêter ses pertes constantes.

La conservation de son utérus n'ayant plus de valeur, je lui fais, le 19 août, l'hystérectomie vaginale, opération assez difficile par suite de l'état cicatriciel des ligaments larges.

Elle montre la cause probable de la récidive des accidents hémorrhagiques et douloureux : les cornes utérines sont coiffées de deux petites tumeurs kystiques, séreuse d'un côté, hématique de l'autre, formées autour des nœuds de soie des pédicules de la castration.

MM. Ledentu et Terrillon ont cité des cas de ces formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et de ses annexes. (Th. de Hahusseau, Paris, 1891).

Longtemps la malade continua à se plaindre encore et nous l'avions considérée comme un véritable insuccès : elle avait probablement de l'hyperesthésie de ses cicatrices.

Actuellement elle est très contente, très satisfaite. Elle n'a plus que des douleurs, rares ou passagères, qui ne l'arrêtent pas dans son travail. Elle serait plutôt moins nerveuse qu'avant l'ablation de ses annexes.

La *quatrième malade* est une femme âgée de 29 ans. Dès l'âge de 18 ans, elle est soignée par M. Laroyenne, pour une rétroversion.

Au mois de mars 1891, elle est reçue dans son service, souffrant du ventre depuis un an à la suite d'une fausse couche et après insuccès d'un traitement médical sérieux. Elle dit souffrir beaucoup, ne plus pouvoir travailler, être anémiée par l'exagération de ses règles.

Elle est atteinte d'une rétroversion adhérente par suite d'une salpingo-ovarite. Suppléant M. Laroyenne, je l'opère

Digitized by Google

avec l'espoir de lui conserver les annexes du côté droit qui paraissent saines.

Ablation des annexes gauches, seules malades et adhérentes, et ventrofixation suivant le mode opératoire de M. Laroyenne.

Au mois de mars suivant, donc un an après l'opération, j'ai la satisfaction de constater une grossesse, qui malheureusement est interrompue au mois d'avril, au troisième mois, à la suite d'un effort.

Des soins antiseptiques, que je donne moi-même à la malade, préservent de l'infection les annexes conservées.

Actuellement cette femme va bien, peut travailler de huit à dix heures, marcher deux à trois heures. Elle a toujours eu de la dysménorrhée, elle en a actuellement moins que jamais; cependant elle souffre un peu le premier jour; ses règles ne durent plus que trois jours au lieu de six ou huit, et ne s'accompagnent plus, comme jadis, de crises hystériformes.

Les *résultats* éloignés constatés chez ces malades sont ceux que l'on observe chez la plupart des opérées, revues à longue échéance. Quelques-unes ont continué à se plaindre pendant plusieurs mois, comme la troisième malade présentée, mais à un moindre degré, et aussi comme des malades opérées suivant la méthode de M. Laroyenne : il y a une période de convalescence, avec persistance de quelques douleurs dues à la péritonite plastique, limitée autour des pédicules, ou à la sensibilité des cicatrices au milieu de tissus préalablement infectés, ou à des adhérences anciennes ou récentes.

La persistance des règles et des douleurs indique une ablation incomplète des ovaires, qu'explique souvent l'état méconnaissable de l'organe au milieu des abcès ou des adhérences.

Nous voyons encore des opérées de 1891 qui se plaignent de quelques douleurs; mais nous ne connaissons pas de cas mauvais où l'intervention n'ait donné aucun bénéfice aux malades.

Dans les cas dont M. Nové-Josserand a présenté les pièces

Digitized by Google

anatomiques, on a préféré faire l'hystérectomie avec ablation simultanée des annexes par le vagin.

Risque-t-on, en agissant ainsi, d'avoir des résultats moins bons ou même mauvais, spécialement au point de vue d'une perturbation du système nerveux ?

Je ne le crois pas. Dans le rapport de M. Segond, au Congrès de Bruxelles, et dans les nombreuses communications qui y ont été faites sur la nouvelle application de l'hystérectomie, on n'a pas signalé l'apparition, après cette opération, de troubles nerveux spéciaux. Après l'hystérectomie pour fibrome ou cancer, les opérées, même jeunes, ne se plaignent que de bouffées de chaleur ou autres malaises sans importance. L'observation de notre troisième malade pourrait être invoquée en faveur de la méthode nouvelle.

Quant à la gravité opératoire, nous la croyons moindre après l'hystérectomie qu'après la laparotomie. Nous craignons encore la péritonite ou plutôt ces accidents d'occlusion où une infection atténuée joue peut-être un rôle, mais où les troubles mécaniques, prédominants, sont la cause immédiate de la mort.

35 ablations abdominales d'annexes malades, dont 7 unilatérales, faites dans le service de M. Laroyenne, ont donné trois morts, tandis que 27 hystérectomies, que j'ai faites pour des indications diverses, n'ont occasionné qu'un décès opératoire, chez une femme de 64 ans.

Cette gravité opératoire, comparée à la bénignité si grande du débridement vaginal suivant la méthode de M. Laroyenne, fait que c'est à cette opération que l'on s'adresse dans son service quand elle est possible. Dans le même laps de temps, 123 débridements par le vagin ont été faits. Il est inutile ici d'en faire ressortir les avantages.

Les opérations radicales par la voie abdominale ou par la voie vaginale ne lui sont préférées que quand elle est inapplicable, comme dans les cas signalés par M. Nové-Josserand :

1° Quand une rétroversion adhérente empêche absolument d'atteindre les poches par la simple incision vaginale ;

2° Quand, au lieu de pyosalpinx ou de collections puru-

Digitized by Google

lentes quelconques, il y a seulement occlusion et épaississement des trompes sans poche à ponctionner;

3° Enfin, lorsque, ce qui est rare, il survient après le débridement une récidive nécessitant une opération plus radicale.

Une plus large part encore est faite au traitement médical.

Digitized by Google

DIABÈTE MAIGRE

AVEC INTÉGRITÉ DU PANCRÉAS

FERMENT GLYCOLYTIQUE

ET FERMENTS SACCHARIFIANTS DANS LE DIABÈTE

PAR M. R. LÉPINE

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société des Sciences médicales des coupes faites par M. Bret, du pancréas d'un diabétique qui a récemment succombé dans mon service à l'Hôtel-Dieu. C'était un homme de 28 ans qui devint diabétique il y a trente mois, sans autre cause connue qu'un accident de cheval vingt mois avant le début apparent de son diabète. Peu de mois après ce début il a été atteint de cataracte double. En l'espace de moins de dix-huit mois, il a perdu 18 kilogrammes (de 69 kil. il est tombé à 51 kil.). Entré dans le service très faible, avec toutes les apparences du diabète, dit maigre, et que M. Lancereaux appelle maintenant pancréatique. — En mai, environ 4 litres d'urine par jour, renfermant environ 40 gr. de sucre par litre. — En novembre, environ de 5 à 7 litres avec 60 gr. de sucre. Tuberculose commençante des sommets à la fin de novembre; acétonémie, anorexie, coloration rouge de l'urine par le perchlorure de fer; traitement alcalin qui rend l'appétit au malade, ce qui lui permet de regagner le poids de 50 kil. (il était tombé à 45). — Amélioration apparente; puis mort subite. — A l'autopsie, lésions tuberculeuses peu avancées des sommets; cœur, foie et pancréas d'apparence normale.

Digitized by Google

Ainsi qu'on peut s'en assurer, le tissu glandulaire paraît sain; les artères sont un peu sclérosées, mais il n'y a pas trace de sclérose ni à la périphérie de l'acinus ainsi que j'en ai autrefois montré des exemples à la Société, ni dans l'acinus lui-même, comme l'ont fait voir, pour quelques cas, MM. Lannois et Lemoine. Les cellules sont à la vérité mal colorées; mais on sait que c'est une altération banale, qu'on rencontre chez des sujets *absolument sains*, et qui s'explique peut-être par un commencement d'autodigestion des cellules. En somme, pour un observateur impartial, le tissu glandulaire est sain (1).

Il n'est pas rare, comme on sait, de rencontrer l'intégrité absolue du pancréas à l'autopsie des diabétiques. Les observateurs les plus attentifs et les plus disposés à chercher une lésion de cet organe accordent que c'est le cas chez au moins la moitié des diabétiques, et encore parmi les pancréas trouvés malades on sait qu'un certain nombre ne présente que des lésions secondaires, par exemple de l'endartérite, conséquence de la dyscrasie diabétique et un peu de sclérose périvasculaire consécutive à l'endartérite. D'après mon observation personnelle, déjà assez étendue, c'est *à peine* si chez un tiers des diabétiques le pancréas présente des lésions primitives, et peut-être en disant le quart serait-on encore plus près de la vérité.

Ce résultat anatomique est en parfait accord avec le résultat de mes recherches sur le pouvoir glycolytique de la muqueuse intestinale des glandes salivaires, etc., dont j'ai récemment eu l'honneur d'entretenir la Société (2). Il est incontestable que le pancréas n'est pas la source exclusive du ferment glycolytique.

Quant à l'existence de ce ferment, elle ne paraît guère

(1) On voudra bien remarquer que la marche de la maladie, le début précoce de la cataracte et de la cachexie, etc., faisaient de ce malade un type de la forme que M. Lancereaux appelle *pancréatique*! M. le docteur Molard a, l'an dernier, montré à la Société un cas semblable de son service.

(2) Séances du novembre 1892.

Digitized by Google

actuellement contestée, et j'ai particulièrement la satisfaction de constater qu'un expérimentateur des plus habiles, M. Thiroloix, qui l'an dernier la niait encore, dit cette année qu' « on arrive à cette conclusion de Lépine, que le pancréas, véritable glande vasculaire sanguin, produite la plus grande partie du ferment glycolytique, et que la suppression de cette source du ferment est l'élément capital dans la production du diabète » (1). M. Minkowski à la vérité (2), et plus récemment M. Kraus (3) le premier chez *un* diabétique et le second chez six, ont trouvé que le sang de leurs malades perdait autant de sucre à peu près, que le sang d'un homme sain. Mais ces observateurs n'ont pas pris garde à ce fait, sur lequel j'ai plusieurs fois insisté, à savoir que *la quantité de sucre pour cent étant augmentée dans le sang du diabétique, la quantité de sucre détruite est, ipso facto, augmentée.* Il en résulte que, même avec une diminution très notable du ferment glycolytique, grâce à l'abondance relative du matériel sucré, la quantité de sucre détruite *in vitro* en une heure à 39°, peut être sensiblement égale à la normale. Si l'on pouvait priver le sang d'un diabétique de la quantité surabondante de sucre qu'il renferme, on verrait que la perte en sucre en une heure est très diminuée. Mais s'il est impossible de diminuer la teneur du sang diabétique en sucre on peut, — et on tourne ainsi la difficulté, — sucrer du sang normal et comparer la perte du sang normal non additionné de sucre et du sang sucré.

Telle est l'expérience que j'ai fait faire bien souvent par M. Barral et par M. Métroz, dans les conditions les plus variées, avec ou sans addition d'eau et avec des proportions fort variées de sucre, mais comprises dans les limites du sang diabétique. Invariablement nous avons trouvé *qu'à égalité de ferment le sang sucré perd bien davantage* de sucre (4).

(1) *Archives de physiologie*, 1892, p. 720.

(2) *Berliner klin. Woch.*, 1892, n° 5.

(3) *Zeitschrift f. kl. Med.*, 1892, tome XXI, p. 315 et suivantes.

(4) Ces expériences seront incessamment publiées en détail, je n'en donne ici que la conclusion.

Digitized by Google

Un corollaire de cette proposition est celle-ci : *que la perte absolue d'un sang sucré et pauvre en ferment peut atteindre celle d'un sang moins sucré et plus riche en ferment*. C'est également ce qu'on constate directement *en comparant la perte absolue en sucre d'un sang diabétique et celle d'un sang normal additionné d'une quantité de sucre suffisante pour que sa teneur en sucre soit égale à celle du sang diabétique*. La critique de MM. Minkowski et Kraus n'est donc nullement fondée.

Je considère donc comme une vérité incontestable que le ferment glycolytique est diminué chez la plupart des diabétiques, sinon chez tous. Mais cette proposition, que je soutiens depuis longtemps, ne m'a jamais fait perdre de vue l'importance de l'hyperproduction du sucre chez beaucoup de diabétiques et je me suis souvent demandé si en dehors des actions nerveuses dont l'influence est incertaine, par exemple la piqûre du quatrième ventricule, etc, l'excès d'un ferment saccharifiant dans l'économie pouvait être démontré. M. Regaud, interne des hôpitaux, a, l'an dernier, étudié sous ma direction, avec beaucoup de persévérance, dans le sang et dans l'urine les variations du ferment diastasique saccharifiant, et il est positif qu'on observe en effet dans ces liquides des variations de la quantité de ce ferment qui ne sont pas sans intérêt ; mais les injections de salive que j'ai faites dans une veine mésaraïque et qui n'amènent qu'une hyperglycémie *modérée*, ne m'ont pas beaucoup encouragé à attacher une grande importance à ces variations, et j'ai, depuis, étudié un autre ferment saccharifiant que j'appellerai provisoirement *pepto-saccharifiant* parce qu'il transforme la peptone en sucre. Je crois, sans pouvoir être encore bien affirmatif, que la direction que je poursuis est plus fructueuse. Il est positif que le sucre, qui ne renferme qu'une proportion de glycogène négligeable, et certains organes, notamment le pancréas, *qui n'en renferme pas* (Cl. Bernard, Métroz), font du sucre *in vitro*, à une température convenable. Ce fait qui résulte de très nombreuses expériences me paraît aujourd'hui indubitable et je crois aujourd'hui *dé-*

Digitized by Google

montré que la propriété qu'ont le sang et certains organes de faire du sucre *avec un matériel azoté*, tient bien à l'existence d'un *ferment*, fort répandu dans l'économie, et qui existe même dans l'urine.

Dans toutes mes expériences, depuis trois mois, j'ai été assisté par M. Métroz, chef des travaux de mon laboratoire.

Digitized by Google

REFOULEMENT DU CŒUR A DROITE

ET DEXTROCARDIE CONGÉNITALE

PAR M. L. BARD

La présence simultanée dans mon service d'hôpital de deux malades atteints, l'un de refoulement extrême du cœur à droite par un grand épanchement pleural gauche très ancien, l'autre de dextrocardie congénitale, m'a permis de comparer entre eux ces deux états, de me rendre un compte plus exact de leurs similitudes et de leurs différences. J'ai pu, par leur observation parallèle, apprécier les éléments du diagnostic différentiel de ces deux positions vicieuses, et me convaincre que la description classique, et généralement admise, assignait au refoulement du cœur un mécanisme inexact.

Ces deux malades ont été présentés à la Société des sciences médicales dans la séance du 9 novembre ; les membres présents ont pu constater les quelques détails symptomatiques qui vont suivre.

La malade qui présente la dextrocardie congénitale est une jeune fille de 16 ans, atteinte d'un rétrécissement mitral très caractérisé. Chez elle, le cœur présente, à droite, la position exactement symétrique de celle qu'il occupe d'ordinaire à gauche ; la pointe, un peu abaissée, bat dans le 5e espace sur la ligne mamelonnaire ; à ce niveau on sent à la palpation et on entend à l'auscultation un roulement mitral présystolique intense.

Au-dessus et en dedans du mamelon, dans les 2e et 3e es-

Digitized by Google

paces, on aperçoit les battements de la base, s'accusant à l'inspection par un soulèvement présystolique, qui commence une sorte d'ondulation, visible sous la paroi et se terminant en bas par le soulèvement systolique de la pointe. A la palpation on perçoit à ce niveau une expansion systolique, mais celle-ci est suivie du claquement diastolique, brusque, dû à la chute des sigmoïdes, décrit par Friedreich.

M. le professeur Bondet a fait connaître ce signe en France il y a une quinzaine d'années et a cherché à baser sur lui un procédé clinique spécial de mensuration du cœur (1). Pour M. Bondet, le claquement sigmoïdien est perçu à la palpation au niveau même de la base du cœur, et la distance qui sépare son foyer de celui de la pointe est la meilleure mesure du volume normal ou pathologique de l'organe.

Le procédé de mensuration de M. Bondet n'a pas réussi à prendre place dans la pratique ordinaire, d'une part parce que le claquement sigmoïdien n'est pas perçu avec facilité chez tous les sujets, d'autre part parce que le foyer de ce choc ne se localise pas toujours dans une zone assez étroite pour servir de point de repère précis à une mensuration. Par contre, la constatation de ce claquement permet de reconnaître que l'on est en présence d'un choc voisin de la base ; elle constitue le seul moyen que nous ayons de distinguer celui-ci du choc dû à la pointe ; par suite, dans les cas de situation anormale du cœur, ce claquement peut être utilisé pour préciser le siège de la base.

Chez ma malade, la percussion et l'auscultation m'ont donné des signes concordants, mais les données qui en résultent cèdent le pas à celles de la palpation au point de vue qui nous occupe ; dans ce cas, le procédé de Bondet m'a permis de reconnaître la position et la direction de l'axe du cœur, et par là de constater que sa direction était oblique de haut en bas et de dedans en dehors, comme dans la situation normale. La constatation de caractères différents, sur le cœur refoulé à droite de mon second malade, a confirmé chez

(1) Cabal. Thèse inaugurale. Lyon, 1879.

Digitized by Google

la première la nature congénitale de la situation anormale du cœur et permis d'éliminer toute idée de refoulement.

On sait que la dextrocardie congénitale n'est le plus souvent qu'un épisode local de l'inversion générale des viscères, mais qu'elle peut aussi exister à l'état isolé. Chez ma malade la matité hépatique et la sonorité gastrique sont à leur place; on est en présence d'un cas de dextrocardie pure. Celle-ci est considérée par les auteurs comme beaucoup plus rare que l'inversion générale ; pour ma part, c'est le second cas qu'il m'a été donné de rencontrer à l'hôpital ; j'ai observé également deux cas d'inversion générale, et de plus j'ai pu examiner les viscères recueillis à l'autopsie d'un enfant de quelques années qui en était atteint. Il est assez probable d'ailleurs que ces cas passent souvent inaperçus. Des quatre malades de cette catégorie que j'ai observés, deux avaient fait des séjours antérieurs dans d'autres services, sans que l'anomalie eût été reconnue. Chez un troisième, venant à l'hôpital pour la première fois, entré dans mon service pour une fièvre typhoïde, l'anomalie ignorée par le malade a passé inaperçue pendant la première moitié de son séjour; par contre, chez ma malade actuelle, l'anomalie avait été reconnue dans un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, il y a trois ans, grâce sans doute à ce qu'elle était atteinte d'une lésion organique du cœur.

On sait, et j'ai pu le vérifier par moi-même dans l'autopsie dont j'ai parlé plus haut, que, dans les cas d'inversion générale des viscères, le cœur participe à cette inversion dans tous les détails de sa conformation, c'est-à-dire que le cœur droit, devenu externe, est en même temps devenu cœur artériel, tandis que le cœur gauche, devenu interne, est devenu aussi cœur pulmonaire. On doit se demander s'il en est de même dans les cas de dextrocardie isolée, mais le fait est loin d'être certain. Les auteurs qui citent la dextrocardie ne se posent même pas la question ; dans les recherches bibliographiques, peut-être incomplètes, que j'ai faites, je n'ai pas pu trouver de relation d'autopsie de dextrocardie isolée ; on comprend qu'il soit difficile de se faire une opinion cer-

Digitized by Google

taine sur ce point par le seul examen clinique ; je puis dire cependant, sans vouloir entrer ici dans plus de détails, que, dans les deux cas de cette nature que j'ai observés, l'examen attentif de mes malades m'a fait penser que cette inversion fonctionnelle n'existait pas chez eux, et que le cœur droit, bien qu'externe, était resté le cœur veineux.

Le second malade, dont l'intérêt principal réside dans la comparaison avec le cas précédent, est un jeune homme de 22 ans, porteur d'une pleurésie gauche, persistant depuis trois ans, pour laquelle il a été réformé au conseil de révision en mai 1891. Soumis à divers traitements, il n'avait jamais subi de ponction, même exploratrice. Au moment de son entrée, il présentait, malgré une dyspnée assez accusée, un état général bon et une apyrexie complète.

L'examen du thorax révélait immédiatement un épanchement gauche très abondant. Une voussure générale énorme sans aucun œdème de la paroi ; dans toute l'étendue du côté gauche, matité complète avec silence respiratoire absolu ; abolition des vibrations thoraciques et du retentissement de la voix ; matité de l'espace de Traube ; ces divers signes ne laissaient aucun doute sur l'existence et l'abondance de l'épanchement. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz donna issue à un liquide d'aspect purulent ; l'examen microscopique du liquide permit de constater qu'il tenait en suspension un grand nombre de cellules rondes, volumineuses, très pâles, à contours fuyants, remplies de granulations graisseuses brillantes, relativement petites et ne se fusionnant nulle part en un gros bloc unique ; l'emploi de couleurs d'aniline les colore à peine et ne révèle pas de noyau vivant.

Le rapprochement de la durée de la maladie, de son début insidieux, de l'apyrexie, de l'état général du malade, et des résultats de l'examen histologique, permet de poser d'emblée avec facilité le diagnostic d'empyème graisseux (pleurésie chyliforme d'autres auteurs). Je ne me propose pas d'insister ici sur la signification de cette forme de pleurésie qui s'est présentée chez mon malade avec ses carac-

Digitized by Google

tères cliniques habituels ; je me contenterai de dire que des ponctions ultérieures avec l'appareil de Potain me permirent d'améliorer l'état du malade par l'atténuation de la dyspnée, et en même temps de confirmer le diagnostic par l'étude plus complète du liquide. Celui-ci ne présente aucune odeur ; conservé sans précautions particulières en contact de l'air, il est resté imputrescible pendant plus de quinze jours ; des cultures faites avec ce pus dans du bouillon et sur gélatine, avec le concours de M. Aubert, pharmacien de l'Antiquaille, sont restées stériles, comme il est arrivé à Talamon dans un cas antérieur.

Le seul point de cette observation sur lequel je veuille insister est le déplacement considérable du cœur, que ce maladeprésentait comme tous les cas antérieurs d'empyèmes graisseux gauches. Au moment de l'entrée on percevait des battements systoliques, très accusés à la vue et à la palpation, dans la région mamelonnaire droite ; ces battements présentent leur maximum dans le 4e espace droit au-dessous et un peu en dehors du mamelon, absolument comme il eût pu arriver dans un cas de dextrocardie congénitale avec un cœur normal ; il n'existait pas ailleurs de battements cardiaques ; aussi, ma première impression, comme celle de mon interne, fut-elle qu'il s'agissait là de la pointe refoulée à droite par l'épanchement, tel que le fait est décrit dans les auteurs classiques.

Après deux ponctions, faites à un jour d'intervalle, et ayant donné issue au total à deux litres de pus graisseux, les signes physiques, matité et silence absolu, ne se modifièrent pas ; la sensation de flot était très facile à constater sur toute la hauteur ; les battements cardiaques de siège anormal ne subirent aucun déplacement et prirent seulement une plus grande netteté.

Bien que ce fait pût à la rigueur s'expliquer par la présence d'adhérences, maintenant la position vicieuse de l'organe, il attira mon attention et me fit procéder à un examen plus minutieux. J'arrivai alors à constater que les battements systoliques de la région mamelonnaire présentaient leur

Digitized by Google

centre à la palpation à pleine main dans le 4e espace droit, au niveau même du mamelon ; le doigt les perçoit encore dans le 3e espace plus en dedans et dans le 5e plus en dehors, de sorte qu'ils occupent une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, mais il est manifeste à la palpation qu'on est en présence d'un foyer unique étendant son action sur ces trois espaces.

On ne trouve aucun autre foyer de battements à droite du sternum, à l'inverse de ce que je constatai chez ma première malade. De plus, dans toute l'étendue de ce centre de battements, la main perçoit à la systole une expansion plutôt qu'un choc et après elle le claquement diastolique sigmoïdien de Friedreich, très net et très intense. L'oreille entend à ce niveau les deux bruits du cœur, mais le second est incomparablement plus intense et plus net que le premier ; enfin à la vue le soulèvement précède un peu la systole.

A l'épigastre le premier bruit est plus intense qu'au niveau du mamelon et le second bruit est à peine perçu. On y découvre des battements systoliques, donnant une sensation de choc plus énergique que celui de la région mamelonnaire, quoique de moindre amplitude ; ces battements, qui n'avaient pas été constatés dans l'examen fait avant la ponction, présentent leur maximum au voisinage de l'appendice xiphoïde, dans la moitié gauche de l'épigastre. Peu accusés et sensibles seulement à la palpation attentive quand le malade est couché, ils deviennent visibles et beaucoup plus amples dans la station debout ; dans l'attitude couchée le soulèvement systolique qui existe à l'épigastre représente un jeu de bascule manifeste avec les mouvements similaires de la région mamelonnaire ; dans la station debout les battements cardiaques se précipitent, les soulèvements sont plus diffus, l'alternance devient moins facile à observer ; en même temps le claquement diastolique devient moins net à droite, et les différences sont par suite moins accusées entre les caractères des deux centres de battements.

La réunion de ces divers signes montre que le cœur est beaucoup moins refoulé qu'un examen superficiel le faisait

Digitized by Google

croire ; elle montre surtout qu'il l'est par un mécanisme différent de celui qu'on avait supposé en premier lieu ; les battements de la région mamelonnaire droite sont dus à la base elle-même, ventricule ou vaisseaux, ou tout au moins à la propagation de ces battements, tandis que la pointe n'a pas même atteint tout à fait la ligne médiane, bien loin de la dépasser. L'axe du cœur est un peu dévié, mais en sens inverse de la première hypothèse ; dans le refoulement en masse que l'organe a subi, la pointe a été refoulée horizontalement, tandis que la base a subi un déplacement transversal plus étendu et s'est en même temps un peu abaissée ; son expansion correspond au 4e espace droit au lieu du 3e espace gauche. Le cœur est devenu un peu moins oblique de haut en bas et plus rapproché de l'horizontale que précédemment, bien loin d'avoir été redressé, puis dévié en sens inverse, comme le veulent la plupart des auteurs classiques qui se sont occupés de la question.

La percussion ne m'a pas donné de renseignement utile ; la matité cardiaque se poursuit à droite jusqu'au mamelon, mais elle se confond à gauche avec la matité pleurale et ne peut pas dès lors servir à limiter l'organe.

J'aurais voulu confirmer les données précédentes par l'étude des tracés cardiographiques ; mais je n'ai trouvé, ni dans Marey, ni dans les autres auteurs, de tracés cliniques comparatifs des battements de la pointe et de ceux de la base, et il est difficile de dire à quels caractères précis et constants on pourrait distinguer les tracés de ces deux régions. Chez mes deux malades les tracés cardiographiques de la base et de la pointe ne sont pas semblables, mais leurs différences ne sont pas assez similaires et assez faciles à interpréter pour que j'aie pu y trouver un moyen utilisable pour le diagnostic topographique. Les caractères fournis par l'inspection, par l'auscultation, et surtout par la palpation, me paraissent d'ailleurs parfaitement suffire ici pour préciser la place et la direction véritable de l'axe du cœur.

Élevé, comme bien d'autres, dans la notion que la déviation du cœur, dans la pleurésie gauche, se fait par le refoule-

Digitized by Google

ment de la pointe et la torsion du cœur sur son axe, j'ai été un peu étonné par les constatations précédentes. En recherchant qu'elle était l'opinion des divers auteurs sur la question, j'ai pu constater que si la notion du refoulement de la pointe à droite était le plus généralement admise, elle avait néanmoins rencontré déjà des contradicteurs, surtout en Allemagne. Mon observation aura néanmoins quelque intérêt, non seulement parce que sur cette question la vérité est encore méconnue par le plus grand nombre, mais encore parce que la comparaison de mes deux malades m'a aidé à préciser les détails d'exploration et d'examen, permettant d'éviter les erreurs qui ont été commises quelquefois en pareil cas, par Guéneau de Mussy notamment, et plus récemment par M. Grasset, comme en témoigne un fait d'un grand intérêt qu'il a publié et sur lequel je reviendrai un peu plus loin. La constatation des signes indiqués plus haut, en rendant à la base et à la pointe ce qui appartient à chacune d'elle, permettra de distinguer avec certitude, par la direction différente de l'axe cardiaque, les cas de dextrocardie congénitale des cas de simple refoulement.

La déviation du cœur à droite, par le refoulement dû aux épanchements pleuraux gauches ou par des tractions vers la droite, est un fait assez classique et assez souvent cité pour qu'on s'attende à trouver sur lui dans les auteurs des documents rigoureux, cliniques et nécropsiques. En réalité il n'en est rien ; on ne trouve guère partout qu'une affirmation sans détails précis, assez uniforme, aussi bien dans les articles consacrés à la description des pleurésies que dans les traités d'auscultation et de diagnostic ; on en jugera par quelques citations.

« Les bruits sont déplacés à droite, à une distance plus ou moins grande de leur position normale, et perçus derrière le sternum, sous le bord droit de cet os, et jusque sous les cartilages costaux du même côté... Dans un cas de déplacement les battements du cœur étaient visibles et les bruits perçus à leur maximum *au-dessous du mamelon droit.* »

Digitized by Google

(Barth et Roger) (1). Ces auteurs ne parlent pas du choc de la pointe; ils n'ont fait d'ailleurs aucune place aux résultats de la palpation.

« La pointe du cœur est fréquemment refoulée du côté droit par des épanchements pleurétiques gauches. Le déplacement en pareil cas est parfois assez considérable pour que le maximum du premier bruit normal du cœur, perçu à la pointe, siège au niveau du sternum ou même au-delà, jusqu'au voisinage du mamelon droit. J'ai constaté le battement de la pointe à 3 centimètres au-dessous et en dehors du mamelon droit dans un fait que j'ai publié. » (Woillez) (2).

On trouve partout cités deux cas publiés par Guéneau de Mussy, qui se rapportent à des empyèmes graisseux comme le mien et qui paraissent tout à fait comparables. Dans ces deux cas, « la pointe refoulée en dehors du mamelon droit avait décrit un mouvement de rotation autour de sa base, de telle sorte que, suivant la judicieuse remarque du docteur Masseï (de Naples), le cœur ne subit pas un simple mouvement de propulsion qui la pousserait en masse, mais il pivote autour de son point fixe constitué par l'aorte et par les vaisseaux pulmonaires. » (Guéneau de Mussy) (3).

Constantin Paul admet le même mécanisme de refoulement, mais il place plus bas le centre de rotation du cœur, et il ne paraît pas avoir vu les cas extrêmes semblables à ceux de Guéneau de Mussy et de Woillez : « L'effort porte surtout sur la pointe du cœur et le cœur tourne autour de son point fixe, la veine cave inférieure. La pointe du cœur se rapproche alors de la ligne médiane de 2, 4, 6 et même 8 centimètres ; en même temps la largeur du cœur diminue et atteint son minimum lorsque la pointe vient à être refoulée jusque derrière le sternum et que le cœur se présente pour ainsi dire de champ. Dans ce cas la pulsation cardiaque se montre la plus forte à droite du sternum ; mais jamais, en pareil cas, cette pulsation ne peut s'éloigner assez de la li-

(1) *Traité pratique d'auscultation*, 8e édition, p. 341.
(2) *Traité de percussion et d'auscultation*, 1879, p. 313.
(3) *Clinique médicale*, 1874, I, p. 659.

Digitized by Google

gne médiane pour donner l'apparence d'une inversion du cœur (1). »

Les auteurs qui précèdent placent la modification de direction de l'axe du cœur à l'origine même du refoulement, Gutmann admet, au contraire, que ce changement de direction fait défaut dans la plupart des cas et ne se rencontre que dans les cas extrêmes : « Le médiastin antérieur et avec lui le cœur sont refoulés vers la droite ; on a vu dans des cas extrêmes cet organe atteindre la ligne mamillaire droite. La direction de l'axe du cœur ne change pas en général quand le déplacement de l'organe a lieu de gauche à droite, de telle sorte que la pointe du cœur reste toujours dirigée vers la gauche ; je n'ai observé qu'une seule exception à cette règle, le cœur était placé verticalement suivant la ligne mamillaire droite (2). »

Les mêmes données générales se retrouvent dans les articles consacrés aux pleurésies.

Dans son *Traité de l'empyème*, Bouveret s'exprime ainsi : « L'épanchement gauche produit un déplacement plus étendu et d'ailleurs plus facilement appréciable, la pointe est transportée sous le sternum, à droite de cet os, et même, dans le cas de très grand épanchement gauche, jusque vers la ligne mamelonnaire droite. Le cœur n'est pas seulement repoussé à droite ou à gauche, il subit aussi un certain mouvement de torsion ou plutôt de rotation sur son grand axe. Le déplacement du cœur ne va pas sans un déplacement analogue, quoique moins étendu, des gros vaisseaux et des organes contenus dans le médiastin. »

Cette description est d'ailleurs nettement conforme à l'opinion généralement admise. G. Sée (1) est le seul auteur français qui ait apporté quelques réserves à l'opinion indiquée ci-dessus ; il ne nie pas la déviation de la pointe, non

(1) *Traité des maladies du cœur.*

(2) *Traité du diagnostic des maladies thoraciques*, édit. française, p. 290.

(1) Maladies simples du poumon, p. 462.

Digitized by Google

plus que la torsion de l'organe autour de son axe, mais il insiste sur ce point que cette déviation n'est pas seule, et que l'organe est repoussé tout entier avec son pédicule vasculaire vers le côté sain.

Duroziez, dans son *Traité clinique des maladies du cœur*, insiste à diverses reprises sur ce que « tout ce qui bat n'est pas la pointe », et se plaint « qu'un auteur (Alvarenga) ait eu l'indiscrétion de la faire battre dans un cas dans le deuxième espace intercostal droit»; mais il ne dit pas à quoi on la reconnaît ni jusqu'où elle peut aller dans ses déviations.

En Allemagne l'opinion du refoulement de la pointe paraît aussi être généralement admise ; elle a été soutenue de nouveau par Rosenstein, mais cette opinion a rencontré quelques contradicteurs. Bamberger le premier a déclaré qu'il n'avait jamais rencontré une telle version de l'organe dans ses autopsies. Eichhorst, dans son *Traité de diagnostic médical* (1), s'exprime ainsi : « On croyait autrefois que le déplacement du cœur avait surtout lieu par le refoulement de la pointe. Bamberger a montré par des autopsies que le cœur se déplaçait en masse. Donc, dans les déplacements du cœur vers la droite, ce n'est pas la portion du cœur animée de pulsations située le plus près de la ligne axillaire droite qui est la pointe, mais bien celle qui est située le plus à gauche et qui se soulève d'une façon rythmique. Il est cependant des exceptions à cette règle. » L'auteur n'entre pas dans de plus longs détails, et ne donne pas de description plus précise de ce qu'on observe en pareil cas ; la dernière phrase montre d'ailleurs que, comme Guttmann, il admet la possibilité de la déviation de l'axe du cœur dans les cas extrêmes ; cette possibilité est encore plus nettement affirmée dans le chapitre Pleurésie de son *Traité de pathologie interne*.

S'il est facile de trouver des auteurs qui parlent de la déviation du cœur à droite, il est plus difficile d'en trouver qui joignent à leur description la relation des cas qu'ils ont

(1) Traduction française, 1890, p. 406.

Digitized by Google

observés, avec des détails suffisants pour permettre d'en apprécier la nature.

Guéneau de Mussy donne, avec assez de détails, la relation des deux cas cliniques d'empyème graisseux que j'ai rappelés plus haut, mais il n'y a pas eu de constatations nécropsiques, et rien à la lecture des observations ne permet de penser qu'il s'est mis à l'abri des causes d'erreur pouvant provenir de battements autres que ceux de la pointe ; c'est ainsi que dans deux autres cas de déviation de la pointe dans des pleurésies purulentes, il a « rencontré un phénomène qui peut causer quelque hésitation à celui qui l'observe et dont il est utile d'être prévenu : En même temps que le choc de la pointe du cœur se fait sentir à droite, on peut constater à gauche dans la région précordiale un soulèvement ondulatoire isochrone à la systole cardiaque. On peut alors se demander si un de ces deux foyers de mouvements rythmés ne correspond pas à une tumeur anévrysmale de l'aorte ». L'auteur pense que dans ces cas le battement du cœur était communiqué à la région précordiale par l'intermédiaire du liquide épanché dans la plèvre. Il ne se demande même pas si ce soulèvement ne pouvait pas être dû à la pointe non déviée, tandis que le premier serait le fait de la base refoulée.

Woillez, dans son *Traité d'auscultation*, fait mention d'un fait qu'il a publié et dont il donne l'indication bibliographique (1). Je me suis reporté à cette relation ; on lit bien en effet dans l'observation clinique « que le cœur refoulé entièrement à droite présentait le maximum de ses battements à 3 centimètres en dehors et au-dessous du mamelon droit » ; un peu plus loin que « la pointe du cœur soulevait, à droite, le cinquième espace intercostal en dehors et en bas du mamelon ». Mais outre qu'il s'agissait d'un refoulement par une tumeur solide et non par un épanchement, l'autopsie est loin d'être aussi explicite ; il n'y est plus question du

(1) Observation de fibroplastie généralisée simulant un cancer du poumon. (*Archives générales de médecine*, août 1852).

Digitized by Google

tout du siège de la pointe ; on y lit bien que le cœur est refoulé à droite, mais on y lit aussi qu'il est *incomplètement redressé*, d'où l'on peut conclure qu'il s'agissait d'un refoulement en masse et que c'était la base plutôt que la pointe qui battait à droite.

Grasset a fait publier récemment par Rauzier (1), sous le nom de : *Un cas d'ectopie apparente du cœur*, un fait dans lequel le choc cardiaque était perçu au mamelon droit et qui a été suivi d'autopsie. Pendant la vie, Grasset avait fait le diagnostic d'ectopie congénitale, parce que « le choc de la pointe est perceptible à la vue, et que les battements se manifestent au niveau du mamelon droit ». La confusion était encore favorisée par ce fait que la région cardiaque gauche était sonore.

L'autopsie montra que le cœur, recouvert par le poumon gauche très emphysémateux, n'était libre et accessible que dans une étendue relativement minime ; qu'il n'était « nullement transposé, mais simplement refoulé à droite et en avant, à la fois par le poumon gauche extrêmement volumineux et par un petit épanchement enkysté, d'un demi-litre environ, siégeant dans la gouttière vertébrale gauche. Il est très dilaté, saillant, mais n'offre à considérer ni torsion, ni disposition anatomique anormale ». La relation de l'autopsie n'est pas aussi explicite il est vrai qu'on pourrait le désirer, on ne paraît pas s'être spécialement préoccupé d'expliquer les battements constatés pendant la vie sous le mamelon droit ; on ne dit pas expressément quelle était la partie du cœur en rapport avec cette région ; il est néanmoins évident à la lecture que ce n'était pas la pointe.

Les faits qui précèdent suffisent à montrer que, contrairement à l'opinion de Constantin Paul, le refoulement à droite peut être assez accusé pour simuler l'ectopie, puisque, en fait, l'erreur a été commise par des observateurs aussi distingués que Woillez et que Grasset. De plus, par le fait même qu'ils démontrent que cette erreur peut être commise, ils en-

(1) Grasset, *Leçons de clinique médicale*, 1891, p. 721.

Digitized by Google

lèvent toute valeur aux divers faits purement cliniques, tels que ceux de Guéneau de Mussy, sur lesquels on a voulu baser la description de la rotation du cœur autour de sa base, dans le refoulement de cet organe (la simple rotation autour de son axe longitudinal, qui est aussi admise, restant en dehors du débat).

Les observations que je publie aujourd'hui, ainsi que les détails dans lesquels je suis entré, montrent encore que, si cette erreur peut être commise, elle peut aussi être évitée par un examen attentif; pour cela je ne pense pas qu'il suffise de dire avec Eichhorst que le choc de la pointe est celui qui est situé le plus à gauche et qui bat d'une façon rythmique; dans certains cas, de même que dans le mien avant toute ponction, il n'y avait qu'un seul choc, très à droite, et celui de la pointe n'était perçu nulle part; tels étaient, sans doute, les cas extrêmes dont parle Eichhorst et dans lesquels il a admis lui-même, à tort sans doute, la déviation de l'axe du cœur et le refoulement de la pointe à droite.

En pareil cas ce sont les caractères du choc de la base, et en premier lieu l'existence à la palpation du claquement diastolique, qui doivent mettre l'observateur sur la voie.

On peut même aller plus loin et renverser la proposition d'Eichhorst en disant que, en pareil cas, la base étant plus refoulée que la pointe, et se trouvant abaissée en même temps que refoulée, le battement perçu le plus à droite est celui de la base; on peut s'en servir comme point de repère pour apprécier le véritable siège de la pointe, alors même que, placée sous le sternum, cette dernière ne se révélerait par aucun battement.

Le cas que j'ai observé peut être considéré comme un cas des refoulements les plus extrêmes possibles, puisqu'il s'agissait d'un épanchement très considérable et très ancien. On est dès lors autorisé à nier, même dans ces cas extrêmes, la déviation de la pointe à droite du sternum et la rotation de la pointe autour de la base; on serait plutôt autorisé à admettre une rotation inverse de la base autour de la pointe; toutefois, s'il est vrai que la base est abaissée en même temps

Digitized by Google

que refoulée, par contre le refoulement en bas du diaphragme a pour effet de donner à la pointe un abaissement parallèle, et par là la direction de l'axe du cœur peut être maintenue plus ou moins voisine de son inclinaison ordinaire.

L'opinion contraire a dû une partie de sa fortune à une équivoque : les auteurs qui l'admettent aiment à répéter que la pointe est la partie la plus mobile du cœur, tandis que la base est fixe ; en réalité la pointe n'est mobile que *dans le péricarde*, et elle est beaucoup plus fixe *dans le thorax* que la base elle-même. Quand le sac péricardique n'est pas ouvert, les adhérences solides qui fixent sa base au centre phrénique du diaphragme ne laissent de mobilité qu'à son sommet; il est facile de s'assurer sur le cadavre, après l'ouverture du thorax, que le médiastin antérieur cède facilement aux pressions qui le refoulent à droite, mais que c'est sa partie moyenne, correspondant aux vaisseaux de la base du cœur, qui présente alors les déplacements les plus étendus. Le cœur étant enveloppé par le péricarde intact, on le refoule à droite en le couchant plus encore sur le diaphragme, et c'est au contraire quand on le refoule à gauche qu'on tend à le redresser.

On a vu que dans mon cas les battements de la base sont restés à droite malgré une ponction abondante; le fait résulte sans doute bien moins de l'existence hypothétique d'adhérences, comme on l'admet généralement, que de la laxité persistante des vaisseaux de la base et des ligaments suspenseurs, qui ont été soumis à une extension très lente et très prolongée.

De tout ce qui précède, il me paraît légitime de tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de déviation du cœur à droite, par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauches de même que par des tractions droites, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée.

2° Dans ces cas, c'est la base du cœur qui s'avance le plus loin à droite ; son expansion est beaucoup plus étendue et

Digitized by Google

plus ample qu'à l'état normal; dans les cas extrêmes, elle peut atteindre et même dépasser légèrement la ligne mamelonnaire droite; elle occupe alors les 3e, 4e et 5e espaces droits, mais elle présente son maximum dans le 4e.

3° Quand on ne constate qu'un seul foyer de battements rythmiques, situé à droite, il faut le rapporter à la base; la preuve directe en est alors donnée par la constatation du claquement diastolique qui suit l'expansion systolique.

4° Quand on perçoit deux foyers de battements systoliques, le choc de la pointe est celui qui est situé le plus à gauche, il est en même temps le plus bas; dans les cas extrêmes il se rencontre encore à gauche de la ligne médiane, à l'épigastre, où il devient plus apparent dans la station debout.

5° Dans les cas de présence réelle de la pointe sous le mamelon droit, comme il arrive dans les cas de dextrocardie congénitale, on rencontre un second foyer, qui est celui de la base, au-dessus et en dedans de celui de la pointe; on y constate le claquement diastolique qui fait alors défaut au-dessous du mamelon.

Digitized by Google

NOUVEAU CAS

DE

CHORÉE HÉRÉDITAIRE

PAR MM. LANNOIS ET CHAPUIS

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société des Sciences médicales est atteinte de cette variété de chorée chronique à laquelle on donne le nom de *chorée héréditaire* ou *chorée de Huntington*. Il y a quatre ans (juin 1888) l'un de nous (1) a déjà présenté ici deux malades, le frère et la sœur, atteints de cette affection et a rapporté en détail leur histoire familiale : rappelons qu'une patiente enquête permit alors d'avoir des renseignements précis sur 17 malades choréiques et de publier 7 observations détaillées.

Jusqu'à ce moment cette affection n'était connue en France que par de courts chapitres des thèses d'agrégation de Déjerine et de Lannois (1886) faisant allusion aux six ou sept observations précédemment publiées à l'étranger. A la même époque, le professeur Charcot présentait, à ses leçons du Mardi, des malades atteints de cette variété de chorée qui devinrent le point de départ de l'intéressante thèse de M. Huet sur la chorée chronique (2).

Depuis lors plusieurs observations ont été publiées. Ne cherchant pas à faire ici un historique complet, nous nous

(1) Lannois, *Société des Sciences médicales*, juin 1888, et *Revue de médecine*, 10 août 1888. — Voir aussi la thèse de Lenoir, Lyon, 1888.

(2) Huet, *De la chorée chronique*, Paris, 1889.

Digitized by Google

contenterons de signaler les cas de Klippel et Ducellier, Wharton Sinkler, Herringham, Seppili, qui sont rapportés dans la thèse de Huet, et ceux plus récents de Bastionelli(1), Suckling (2), Baylac (3), Wharton Sinkler (4), Schlesinger (5), Greppin (6), Schmidt (7), Phelps (8), etc.

Malgré cela les observations ne sont pas encore si nombreuses qu'on ne puisse publier celles qui se rencontrent, et c'est la raison pour laquelle nous présentons cette malade dont l'histoire pathologique n'offre rien qui ne soit déjà connu : tous les faits de chorée héréditaire ou de Huntington ne diffèrent les uns des autres que par des nuances de détail. Mais si ce n'est plus une maladie inconnue, sa rareté relative la rend encore digne d'intérêt. Voici d'ailleurs l'histoire de la malade qui est actuellement dans le service de M. le professeur Lépine, mais dont l'observation a déjà été recueillie lors d'un premier séjour à l'hôpital dans le service de M. le professeur Teissier.

V... (Julie) entre dans le service de M. le professeur Teissier, salle des Troisièmes-Femmes, le 9 mai 1892. Personnellement, elle n'a guère que des antécédents pathologiques négatifs ; elle n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni rhumatisante ; elle n'a jamais eu d'accidents nerveux, en dehors de l'affection actuelle. En un mot, elle s'était jusqu'à ces derniers ans toujours bien portée. Mais depuis son enfance elle s'est toujours surmenée aux travaux des champs ; et bien qu'âgée seulement de 49 ans, elle en paraît plus de 60, avec un visage sec, amaigri, osseux, bronzé, tout sillonné de profondes rides et de vaisseaux sclérosés.

Son affection actuelle, caractérisée à première vue par des mouvements involontaires brusques et incoordonnés aux différentes régions du corps, s'est installée d'une façon progressive depuis quatre ou cinq ans. On ne

(1) Bastionnelli, *Boll. della Soc. Lancisiana* et *Neurol. Centralbl.*, n° 23, 1889.

(2) Suckling, *British med. Journal*, 1889.

(3) Baylac, *Soc. méd. de Toulouse*, 1891.

(4) Wharton Sinkler, *Med. Record*, XLI, 1892.

(5) Schlesinger, *Zeits. f. klin. Med.*, Bd XX, Hft. 1 et 2, 1892.

(6) L. Greppin, *Arch. f. Psychiatrie*, Bd XXIV, Hft. 1, 1892.

(7) Schmidt, *Deuts. med. Wochens.*, XVIII, 1892.

(8) Phelps, *Jou . of nervous and mental disorders*, oct. 1892.

Digitized by Google

note point d'état aigu qui aurait mis brusquement en quelques jours la malade au lit et l'y aurait gardé un temps plus ou moins long. C'est insidieusement et insensiblement que les secousses choréiques se sont établies, devenant de plus en plus fréquentes, pendant que les forces générales diminuaient, que le travail autrefois aisé, devenait de plus en plus pénible, et qu'enfin l'état général périclitait assez pour faire de cette femme une vraie malade. A partir de ce moment, incapable de remplir ses occupations professionnelles, soumise à l'égoïsme d'une classe qui n'a pas d'égards pour les non-valeurs, elle n'eut guère que de mauvais traitements pour tous soins. Elle arriva enfin, après cinq ans de ces misères, à l'Hôtel Dieu en l'état où nous allons maintenant la présenter.

Le masque facial est presque sans expression ; ou s'il réflète un sentiment, c'est plutôt de l'indifférence un peu sournoise. Le regard fixe, vide, un peu hagard, témoigne d'une intelligence diminuée. La tête est agitée par intermittences de petites secousses brusques, fréquentes, qui sont surtout des mouvements de négation et d'affirmation, des mouvements de projection en avant, souvent accompagnés de haussement de l'une ou l'autre épaule. Dans ces mouvements de la tête se déplaçant en masse, les convulsions sont surtout remarquables aux sterno-cléido-mastoïdiens. Une série de grimaces se succèdent rapidement dans les muscles de la face, tantôt ce sont les paupières qui sont prises de véritables accès de clignements convulsifs, tantôt la secousse passe dans l'orbiculaire des lèvres, rapprochant très vivement les commissures et les relâchant aussitôt.

Tirée hors de la bouche, la langue n'a pas de tremblement fibrillaire, pas plus que les lèvres. La parole est simplement gênée par les sortes de tics de la face et du cou. Elle n'est pas scandée, mais elle est sèche, brève, traînée ou saccadée au hasard des contractions choréiques ou des pauses concomitantes à l'émission des mots.

Les secousses se retrouvent aux membres supérieurs, apparaissant de temps à autre par crises, comme par décharges. Les deux derniers doigts de la main droite, le dernier de la main gauche sont demi-fléchis en crochets. Aux deux auriculaires l'extension peut se faire complètement de la phalangette sur la phalangine, mais elle est incomplète de la phalangine sur la phalange, laquelle peut s'étendre normalement sur le métacarpien. Aussi existe-t-il une nouure dorsale au niveau de l'articulation entre la phalange et la phalangine. Mêmes remarques pour l'annulaire droit, où l'anomalie est encore plus accusée, car la phalangette est, elle aussi, incomplètement extensible. Ces déformations sont absolument indépendantes du rhumatisme chronique, dont la malade n'a jamais souffert. Elles sont dues à l'influence des tendons fléchisseurs correspondants, qui d'abord simplement contracturés, ont subi une rétraction vraie dans la suite. La corde dure qu'ils font à la face palmaire des doigts intéressés est très évidente.

Digitized by Google

A leur tour les membres inférieurs considérés au repos dans la station debout sont le siège de secousses choréiques, et le bassin suit, se portant, soit en avant, soit en arrière, soit de côté. Mais ce sont là de toutes petites oscillations qui jamais ne déplacent l'équilibre de la malade et jamais ne l'obligent à des trépignements sur place déplaçant sa base de sustentation.

Sur une seule jambe, la station debout est impossible, la force musculaire est assez bien conservée.

La marche est facile, mais trémulante ; tous les pas ne sont pas également bien assurés. Par instants, au moment même où le corps progressant va porter son poids sur l'un ou l'autre pied en imminence de toucher le sol, une secousse choréique se produit, qui exagère l'impulsion voulue, il se fait un vacillement du même côté, mais l'équilibre est aussitôt retrouvé. En somme la démarche se fait en ligne droite, avec la tête dressée, le buste un peu soudé, les membres inférieurs un peu raides, pendant que de temps à autre une petite oscillation passe dans tout le corps comme une secousse électrique.

Enfin, il se fait de temps en temps des mouvements convulsifs des muscles inspirateurs : il en résulte encore, quand la bouche est ouverte, une inspiration suspirieuse ou légèrement hoquetante, et, quand elle est fermée, un « reniflement » qu'on prendrait tout d'abord pour une « mauvaise habitude ».

Qu'on les étudie à la tête, au cou ou aux membres, toutes ces convulsions choréiformes s'exagèrent en fréquence et en intensité quand on a occupé un certain temps l'attention de la malade en faisant son examen.

Il n'y a nulle part de tremblement véritable, continu.

La force musculaire est conservée. On ne peut, en pesant énergiquement sur les épaules de la malade, la faire fléchir sur les genoux. Les membres supérieurs résistent vigoureusement aux tentatives d'extension ou de flexion forcées ; il en est de même des membres inférieurs, bien que la malade se plaigne d'éprouver une grande faiblesse dans les jambes. Pas d'atrophie musculaire nette. Il n'y a pas d'incoordination des mouvements ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs ; le but cherché est toujours facilement et rapidement atteint. Le sens musculaire est intact, et intacte aussi la sensibilité générale. Le réflexe plantaire, les réflexes rotuliens sont plutôt exagérés.

Rien d'anormal du côté de la vue, et en particulier pas d'inégalité pupillaire, pas le signe d'Argyll-Robertson. La malade accuse seulement un peu de diminution de l'acuité visuelle, bien explicable par le seul fait des années.

Les autres sens sont absolument normaux.

Enfin on ne trouve nulle part de zones hystérogènes.

Les fonctions intellectuelles sont sûrement touchées; surtout la mémoire a considérablement diminué depuis quatre ou cinq ans. Il nous a

Digitized by Google

été impossible, par exemple, d'obtenir de la malade des renseignements sur une de ses sœurs qui est morte présentant la même maladie : elle n'a pu même nous dire le nom du mari de sa sœur ni du village qu'elle habitait. Les réponses sont souvent empreintes d'une certaine incohérence, surtout après un long interrogatoire. Nous avons déjà parlé de cette indifférence sournoise qui est l'expression dominante de la physionomie. Les pleurs sont faciles.

L'état général laisse à désirer. L'appétit est faible, l'amaigrissement est assez marqué, la sénilité précoce. L'attention est surtout frappée par un teint bronzé spécial, analogue à celui de certains paludéens ou de la cachexie d'Addison.

Telles sont, concernant notre malade, les particularités qui se rapportent à sa maladie fondamentale, à la chorée chronique héréditaire. Là pourrait se terminer l'observation. Cependant nous indiquerons rapidement ce que nous avons trouvé du côté des viscères afin de présenter une histoire clinique complète.

En examinant l'abdomen on est frappé par son développement considérable, au niveau du tiers supérieur surtout. A la palpation on trouve une volumineuse tumeur, dure, à surface assez régulière, douloureuse à la pression. La malade dit la sentir depuis sept ou huit ans. Elle occupe l'hypochondre et le flanc gauches tout entiers, va latéralement presque jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à quatre travers de doigt du pubis ; la percussion lui assigne comme limite supérieure une ligne horizontale passant par l'appendice xiphoïde. Le niveau de son extrémité inférieure, la possibilité de passer toute une main sous elle en déprimant la paroi abdominale entre la tumeur et le pubis, le toucher vaginal, le palper bimanuel, le toucher rectal, tous ces facteurs permettent d'éliminer une origine utérine.

L'absence *totale* de signes anormaux du côté des urines ne laisse pas soupçonner le rein. Ce n'est pas non plus l'ovaire, car la tumeur s'est développée de haut en bas, — elle a *chu*, suivant l'expression de la malade, — en débutant juste sous les fausses côtes. C'est évidemment une énorme hypertrophie de la rate. L'examen du sang a d'ailleurs révélé (23 novembre) une augmentation du nombre des globules blancs. Pour 3,200,000 globules rouges on a trouvé 30,000 globules blancs, ce qui donne le rapport de 1/100 environ.

Rien à l'utérus. La malade n'est plus réglée, mais avait depuis longtemps des métrorrhagies abondantes au moment de son entrée à l'hôpital. Le foie déborde légèrement le rebord des fausses côtes ; on sent son bord inférieur, lisse, uni, tranchant. Toutefois la matité costale est plutôt un peu diminuée.

La pointe du cœur bat à sa place normale. Souffle systolique sans localisation fixe, sans propagation dans l'aisselle, à timbre doux. Le premier bruit du cœur est sourd et traîné. Le deuxième est normal.

Digitized by Google

Rythme parfaitement régulier. Le pouls est régulier, petit, de tension diminuée. Rien aux poumons.

Il nous restait à obtenir des renseignements sur l'existence possible de la chorée chronique chez les ascendants et les collatéraux de notre malade. Disons d'abord qu'elle-même a trois enfants qui actuellement ne présentent aucune trace d'affection nerveuse quelconque. Nous avons vu une de ses filles qui a 21 ans et qui est intelligente; son fils a 23 ans et est actuellement soldat. Il n'y a donc pas de dégénérescence nerveuse comme cela s'observe parfois. D'autre part, ils n'ont pas encore atteint l'âge auquel la chorée héréditaire se développe le plus habituellement.

Les renseignements, en ce qui concerne son père et une de ses sœurs, sont positifs.

Le père est mort vers l'âge de 60 ans avec des manifestations choréiques semblables à celles de Julie V... Depuis un certain nombre d'années il était agité de secousses convulsives par tout le corps : incapable de gagner sa vie, il la demandait à la charité publique, en apitoyant les habitants de la contrée sur sa « danse de Saint-Guy ».

Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur le grand-père paternel de J. V..., pas plus que sur ses tantes ou oncles paternels. Mais nous avons des détails précis sur une sœur de notre malade, morte il y a deux ans, à l'âge de 46 ans, avec la même infirmité. Insuffisamment renseignés par Julie V... et par son frère sur l'état exact dans lequel cette femme était morte, nous avons demandé des informations à l'instituteur du village qu'elle habitait, et voici la très intéressante lettre que nous en avons reçue :

« Monsieur le docteur,

« La nommée V... Justine, épouse de G... Antoine, est dé
« cédée le 14 novembre 1890 à l'âge de 46 ans.

« Je l'ai connue pendant huit ou neuf ans et son état
« m'a toujours fait pitié; elle tremblait de tous ses membres,

Digitized by Google

« du tronc, de la tête, etc. De jour en jour ce tremblement « s'accentuait davantage ; les quelques dernières années de « sa vie cette terrible infirmité était arrivée au dernier degré, « puisque, bien souvent, sans que le moindre obstacle lui « fît perdre l'équilibre, elle tombait violemment se faisant « aux mains et au visage de grosses écorchures.

« Ne pouvant manger seule, son mari et ses enfants « étaient obligés de lui mettre ses aliments dans la bouche.

« Sa face se contractait peu à peu par suite du tremble- « ment nerveux qui agitait continuellement tout son être ; « elle parlait assez difficilement, mais avait cependant toute « sa raison, bien qu'à première vue et pour un étranger « elle parût idiote.

« Quelque temps avant sa mort, ayant accompagné un « docteur à son domicile, elle a répondu à toutes ses ques- « tions. »

Il reste encore à notre malade, qui est l'aînée de cinq enfants, une sœur et deux frères sur qui nous avons des renseignements très complets. Ils sont en parfaite santé actuelle ; mais rien ne prouve, étant donné qu'ils n'ont pas encore atteint 40 ans, qu'ils échapperont tous les trois aux accidents de leurs sœurs aînées. Nous nous proposons de les suivre, pour voir si l'avenir confirmera nos prévisions.

Une des particularités intéressantes de l'histoire de notre malade, c'est que celle-ci vient d'une petite localité de la Drôme (Agnin), voisine de la commune d'où provenaient les malades de la première observation à laquelle nous avons fait allusion. Julie V... connaît très bien trois de ces malades qui habitent Salaize, mais elle affirme n'avoir aucun lien de parenté avec cette famille. Peut-être pourrait-on retrouver ce lien si l'on remontait assez loin dans les histoires familiales, les paysans de ces régions se mariant tous dans un rayon assez restreint. Il faut d'ailleurs aussi tenir compte des liens de consanguinité dans lesquels l'état civil n'a rien à voir.

Digitized by Google

C'est que le caractère héréditaire et familial de cette variété de chorée nous paraît toujours être la particularité qui la distingue des autres formes de chorée chronique survenant chez l'adulte et chez le vieillard, car M. Huet a bien démontré dans sa thèse qu'il n'y a pas entre elles de différences symptomatiques essentielles. Le nombre des observations publiées depuis quelques années est un argument en faveur de notre manière de voir, puisque les cas se sont multipliés à partir du jour où l'on a pris la peine de faire la recherche précise des antécédents de malades qui, dans les anciennes observations, passaient pour des chorées chroniques vulgaires. Notre cas est encore confirmatif puisque le caractère familial y est évident.

Depuis la thèse de Lenoir quelques modifications ont été apportées par les faits aux conclusions de cette époque. C'est ainsi que la règle posée par Huntington et Cl. King, à savoir que si un membre d'une famille de choréiques héréditaires échappe à l'affection tous ses descendants en seront également indemnes, a été contestée par quelques auteurs et plus récemment par Remak (1) (dans une observation familiale commune avec Jolly), par Wharton Sinkler et par Schlesinger. Dans le cas Jolly-Remak, on ne put retrouver d'antécédents pour le malade de Remak qui avait eu un frère et une sœur choréiques. Dans une des trois observations de Schlesinger on trouve trois malades dont le grand père était mort de chorée, mais dont les mères, âgées de 48 et 49 ans, étaient seulement des hystériques graves sans chorée. Nous savons trop combien les formes de transition sont fréquentes en clinique pour vouloir atténuer l'importance de ces faits. Nous nous contenterons de faire remarquer qu'il y aurait grand intérêt à suivre les deux hystériques en question pour savoir si elles ne deviendront pas

(1) Jolly et Remak, *Neurol. Centralb.*, p. 321 et 326. — M. Mendel, à la suite des communications de ces auteurs à la Société de Psychiatrie de Berlin, a également présenté un cas de chorée de Huntington qui a été le point de départ de la thèse d'Esser (thèse de Berlin, 1891).

Digitized by Google

choréiques à leur tour, car un de leurs frères ne devint choréique qu'à 49 ans, et on sait que la maladie se développe parfois plus tard ; il serait curieux d'apprendre si les enfants peuvent devenir choréiques *avant* leurs parents.

Notons aussi que dans plusieurs observations récentes, on a trouvé des accidents épileptiques ou hystériques dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades. Le fait n'avait été signalé auparavant que dans un cas un peu douteux de Hoffmann.

On a aussi avancé l'âge auquel la chorée chronique héréditaire peut apparaître : nous ne voyons aucune raison qui puisse nous empêcher d'admettre le fait de chorée héréditaire survenant chez des enfants, bien que le début à un âge avancé soit toujours la règle. C'est ainsi que Diller (1), dans une observation qui ne porte pas sur moins de 34 cas répartis en quatre générations, cite un enfant atteint à l'âge de 8 ans. Caviglia (2) admet aussi le début possible dans l'enfance. On savait déjà qu'un des malades de Hoffmann avait été atteint à 10 ans et était mort à 18 ans avec des troubles cérébraux.

Nous croyons toutefois qu'il faut se garder d'une erreur qui nous paraît avoir été commise par quelques auteurs qui ont rapporté des cas de *chorée congénitale*. Ainsi Gray (3) a rapporté, sous le titre de : *A case of congenital Huntington's Chorea (the first on Record)*, une observation de chorée congénitale chez un enfant, sans qu'il y ait eu d'affection semblable dans la famille. M. Schlesinger (4), qui admet avec Huet l'identité de toutes les chorées chroniques, a observé un malade choréique depuis la naissance, dont la mère avait eu une chorée transitoire pendant la grossesse ; mais le travail de l'accouchement avait duré

(1) Diller, *Am. J. of Med. Sc.*, 1889.
(2) Caviglia, *Arch. italian. di clin. med.*, 1890.
(3) Gray, *New-York med. Journal*, 6 août 1892.
(4) Schlesinger, *Ueber einige seltenere Arten der Chorea : Chorea chronica congenita* (*Zeits. f. klin. Med.*, Bd XX, Hft 4-6, p. 506).

Digitized by Google

longtemps et avait dû être terminé par le forceps, de sorte que l'enfant était venu au monde dans un état de mort apparente. La pathogénie de cette chorée symptomatique nous paraît devoir être la même que celle de ces formes de maladie de Little et d'athétose double, avec lésions cérébrales ou méningées et arrêt de développement du faisceau pyramidal (1).

Terminons en indiquant quelques points relatifs à une question que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'examiner par nous-mêmes, à l'anatomie pathologique. Aux observations douteuses de Macleod, à l'autopsie macroscopique d'un des cas de Huber faite par Klebs, M. Huet a ajouté quelques examens de cerveau dans des cas de chorée chronique non héréditaire. Mais dans tous ces faits, il s'est agi de lésions qu'on peut qualifier de banales (hémorrhagies méningées, pachyméningite, piemérite, hydrocéphalie), car leur fréquence chez les malades atteints de troubles cérébraux est trop grande pour qu'on puisse tabler sur elles.

Les observations avec examen microscopique sont plus rares. Un cas de Wharton Sinkler n'a malheureusement pas fourni de résultats précis. Cirincione et Mirto (2) ont publié deux cas : dans l'un, il y avait dégénérescence des cordons postérieurs et du faisceau cérébelleux direct, atrophie de la substance corticale du cerveau, avec méningite et petits foyers ramollis. Nous n'avons pu nous procurer le mémoire original et nous citons d'après Reynolds (3), qui n'attache pas d'importance aux lésions décrites par ces auteurs.

Plus intéressantes et plus importantes sont les observations de Klebs et de Greppin. Le cas de Klebs, publié dans une étude sur l'inflammation (4), se rapporte à un second malade de Huber (une femme morte à l'asile des aliénés de

(1) Voir à ce sujet le travail de M. J. Audry sur l'*Athétose double et les chorées chroniques de l'enfance* (1892) et une remarquable thèse soutenue ces jours derniers à la Faculté de Lyon par M. le docteur Rosenthal sur les *Diplégies cérébrales de l'enfance*.

(2) Cirincione e Mirto, *La Psychiatria*, VII, fasc. 3 et 4.

(3) Reynolds, *Huntington's Chorea* (*Med. Chronicle*, avril 1892).

(4) Klebs, *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte*, 1888.

Digitized by Google

Rheinau). A l'autopsie, pachyméningite hémorrhagique étendue, avec diminution du volume du cerveau portant exclusivement sur la substance blanche. On trouva de petits foyers de néoformation cellulaire constitués par des amas de trois à quatre grosses et de nombreuses petites cellules à gros noyau. Il ne s'agissait pas de leucocytes émigrés par diapédèse, mais d'une véritable hyperplasie de la névroglie épiplastique : certains tubes nerveux étaient épaissis et, par places, d'autres étaient atrophiés par compression. La substance blanche contenait en outre dans ses vaisseaux de petites thromboses qui n'en remplissaient pas complètement la lumière et que Klebs attribue à une dégénérescence hyaline des hématies. Il n'attribue d'ailleurs à ces lésions aucun caractère spécifique.

Dans le cas de Greppin, il s'agissait d'un homme de 55 ans, choréique depuis quatre ans, dont le grand-père et le père avaient été choréiques, et qui vint mourir à l'asile de Bâle avec des phénomènes de mélancolie dépressive. A l'autopsie, on ne voyait rien de particulier à l'œil nu. L'examen microscopique révéla la présence de nombreux petits foyers, de grosseur et d'étendue très variables, constitués par des cellules qui se caractérisaient par un protoplasma peu développé et un noyau à gros nucléole granuleux. On les trouvait surtout dans la substance blanche des circonvolutions frontales, centrales, temporales et occipitales inférieures, dans l'écorce de ces circonvolutions, de l'insula et du lobe paracentral, dans la substance blanche du cervelet; ils étaient moins nombreux dans les ganglions de la base, le pont et la moelle allongée. Ces cellules occupaient de préférence les espaces périvasculaires et péricellulaires.

Greppin les considère comme provenant de la prolifération des éléments conjonctifs fixes et les identifie avec les ellules épithélioïdes décrites par Jastrowitz, Boll et Friedmann. Il compare le processus à l'encéphalite non purulente e Hayem.

On voit de suite combien il serait intéressant de confirmer ar de nouvelles recherches la réalité de ces foyers disséminés

Digitized by Google

qui semblent procéder par poussées, car ils permettraient de se faire une idée pathogénique assez précise de la chorée chronique héréditaire. Localisés dans les régions et les tractus moteurs, ils ne produiraient que l'irritation susceptible de donner les mouvements incoordonnés ; leur extension aux régions antérieures du cerveau aurait pour conséquence les troubles psychiques si fréquents dans cette affection.

Digitized by Google

DES

GOITRES EXOPHTALMIQUES

SECONDAIRES OU SYMPTOMATIQUES

PAR LE Dr G. GAUTHIER

Le goître exophtalmique ou maladie de Basedow est définitivement classé au rang des névroses. C'est une névrose générale, au même titre que l'épilepsie, l'hystérie et la chorée de Sydenham, et non pas une névrose cardiaque, comme le voulait Stokes.

On est généralement d'accord pour localiser son origine dans la région bulbo-protubérantielle, et sa double caractéristique, comme pour toutes les névroses, est d'être primordiale, essentielle et sans lésion anatomique constatable (*sine materia*).

Dans la grande majorité des cas, la mise en jeu du complexus basedowien résulte donc d'un trouble dynamique du centre nerveux, qui en est à la fois la cause prédisposante et la cause déterminante. Mais, dans d'autres cas, cette mise en jeu peut bien aussi se produire sous l'influence d'une lésion matérielle du centre nerveux ou encore d'une action siégeant en dehors de ce centre. Cette dichotomie pathogénique, qui est très importante dans l'étude de toutes les névroses, et qui les divise en spontanées ou directes et en secondaires ou symptomatiques, doit tout naturellement se retrouver dans la névrose thyro-exophtalmique.

Quand un enfant, par exemple, est pris de convulsions à la suite de troubles digestifs ou de la présence de vers dans l'intestin, on ne dit pas que cet enfant est épileptique ; il

Digitized by Google

va guérir par un simple purgatif ou un vermifuge. En d'autres termes, on ne saurait, sous peine de confusion, appeler épilepsie les accidents épileptiformes qui ont pour point de départ une action réflexe quelconque, extrinsèque. La même distinction existe à propos de la danse de Saint-Guy et de certains mouvements choréiformes, de l'hystérie et de certains accidents hystériformes.

Nous sommes donc ainsi conduits par assimilation à distinguer un goître exophtalmique-*névrose*, d'origine centrale, intrinsèque, *sine materia*, auquel il conviendrait de réserver tout spécialement le nom de maladie de Basedow ou de Graves et un goître exophtalmique secondaire ou symptomatique, d'origine réflexe, extrinsèque, périphérique.

Cette distinction ne repose pas sur une simple vue de l'esprit, et nous prétendons qu'elle est cliniquement justifiée et absolument indispensable au point de vue du pronostic et du traitement. Il est évident, en effet, que le goître exophtalmique-névrose comporte un pronostic et un traitement qui peuvent être déterminés d'avance et, à quelques nuances près, s'appliquer à tous les cas, tandis que le goître exophtalmique-symptomatique ne comporte ni un pronostic, ni un traitement univoques, et dépend uniquement, à ces deux points de vue, de la maladie dont il est le reflet. *Ablatâ causâ tollitur effectus.*

Cette distinction n'a pas encore été, que nous sachions, nettement établie, et c'est à peine si on la pressent vaguement dans les nombreux documents qui ont été publiés sur ce sujet. Dans ces dernières années, l'attention a bien été attirée sur certains faits qui semblent établir une relation de cause à effet entre le développement de la maladie de Basedow et certaines lésions accessibles aux moyens chirurgicaux, mais ce n'est là qu'une des faces de la question que nous envisageons d'une façon plus générale, et ce qu'on appelle le goître exophtalmique chirurgical n'est en somme qu'une des formes du goître exophtalmique secondaire ou symptomatique.

Nous diviserons les lésions ou modifications d'organes

Digitized by Google

pouvant s'accompagner du goître exophtalmique-symptôme, en plusieurs catégories :

1° Lésions cérébro-bulbaires ;
2° Lésions du corps thyroïde ;
3° Lésions des fosses nasales ;
4° Modifications du côté des organes abdominaux ;
5° Modifications du côté des organes génitaux.

I. — Lésions cérébro-bulbaires.

L'épilepsie, la chorée, symptomatiques de lésions cérébro-spinales, sont des faits connus depuis trop longtemps pour qu'on n'ait pas pensé qu'il en pouvait être de même de la névrose thyro-exophtalmique.

La question a été posée pour la première fois, à propos de l'observation tant de fois reproduite de Féréol (1), dans laquelle, en dehors des symptômes ordinaires du goître exophtalmique, on constatait du tremblement, de la parésie, de l'hyperalgésie et de l'hémianesthésie. « Peut-être, disait Féréol, existe-t-il une lésion *primitive* du cerveau, siégeant dans la région de la protubérance et du bulbe, et produisant, outre les phénomènes paralytiques, le complexus morbide de la maladie de Basedow. »

En 1883, M. G. Ballet, qui a fait du goître exophtalmique une de ses études favorites, disait au sujet de cette même observation : « Nous nous demandons si le complexus symptomatique de Basedow ne peut pas être considéré dans quelque cas comme consécutif à une lésion bulbo-protubérantielle qui tiendrait alors sous sa dépendance à la fois les palpitations, l'exophtalmie, le goître et les phénomènes paralytiques. Dans cette hypothèse, il y aurait deux variétés de goître exophtalmique ; l'un, à coup sûr, le plus fréquent par la brusquerie de son apparition, certaines particularités de sa marche et ses affinités pathologiques, s'affirme comme une

(1) Féréol. *Soc. méd. des hôp.*, 27 nov. 1874.

Digitized by Google

névrose. L'*autre serait symptomatique d'altérations matérielles du système nerveux central* (1). »

Il est vrai que M. Ballet est revenu plus tard sur cette première interprétation et a rattaché à l'hystérie mâle les troubles nerveux que présentait le basedowien de l'observation de Féréol (2).

Dans l'*ataxie locomotrice progressive*, on rencontre très fréquemment les symptômes capitaux de la maladie de Basedow (Joffroy, Ballet, Barié). On n'a voulu voir là qu'une de ces associations morbides dont l'étude a fait de si grands progrès dans ces derniers temps et qui sont si fréquentes chez les héréditaires et les tarés (Joffroy, Ballet). Tel n'est pas notre avis. La lésion anatomo-pathologique du tabes dorsal ne siège pas seulement dans les cordons blancs postérieurs; elle remonte souvent bien plus haut, envahissant les parties encéphaliques du système spinal postérieur, tels que le plancher du quatrième ventricule et les corps restiformes, c'est-à-dire le siège anatomique du goître exophtalmique (Filehne, Mendel, Panas).

Le fait que, dans la plupart de ces cas, où les deux maladies paraissent associées, les symptômes du goître exophtalmique précèdent ceux du tabes, n'indique pas que celui-là ne soit pas sous la dépendance de celui-ci. On sait, en effet, que les manifestations précoces de l'ataxie locomotrice sont très souvent d'origine cérébro-bulbaire, plutôt que spinales, telles sont des syncopes, des vertiges, de véritables attaques d'apoplexie, des crises épileptiques, des accès de migraine, des névralgies du trijumeau, du vertige de Ménière, des troubles du goût, de l'ophtalmoplégie, etc. Dès lors, il nous semble assez naturel de considérer le complexus basedowien, — même quand il précède l'ataxie locomotrice, — comme une manifestation tabétique du genre de celles que

(1) Gilbert Ballet. De quelques troubles dépendant du système nerveux central dans le goître exophtalmique. (*Revue de médecine*, 1883, p. 274.)

(2) Gilbert Ballet. Rapports de l'ataxie locomotrice et du goître exophtalmique. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 février 1889.)

Digitized by Google

nous venons d'énumérer. Du reste, on voit souvent chacun des phénomènes du goître exophtalmique exister isolément dans le tabes dorsal ; c'est ainsi que Joffroy (1), sur 7 malades ataxiques a trouvé 6 fois de la protusion des yeux à un degré plus ou moins marqué, 7 fois de la tachycardie (depuis 80 jusqu'à 130 pulsations à l'état de repos), 2 fois du gonflement de la thyroïde et du tremblement des mains. Que ces phénomènes se trouvent réunis au complet sur le même ataxique, et la maladie primitive se trouve compliquée d'un goître exophtalmique, faisant réellement partie de sa symptomatologie.

On a vu des *traumatismes céphaliques* être suivis de la production du goître exophtalmique. M. Marie a réuni la plupart de ces observations dans sa thèse (p. 48-50), où nous renvoyons le lecteur (2). Doit-on dire que, dans tous ces cas, le traumatisme a produit une simple commotion nerveuse à laquelle il faut faire la plus large part, et que la maladie de Basedow a été en réalité produite par l'émotivité qui a pu être occasionnée par ces traumatismes, — c'est à cette hypothèse que tend à se rattacher M. Marie, — ou bien la seule action mécanique du traumatisme a-t-elle déterminé directement dans les centres nerveux une lésion dont la symptomatologie constitue la maladie de Basedow ?

Cette dernière hypothèse peut très justement être admise pour certaines observations dans lesquelles le traumatisme céphalique a été violent, capable de produire une lésion cérébrale, et la probabilité s'accentue encore, lorsqu'à la suite d'un de ces traumatismes, il s'écoule avant l'apparition des phénomènes basedowiens un temps assez long pendant lequel l'effet du choc moral s'est assurément dissipé, mais pendant lequel s'est organisé la lésion pathogène. Telles sont une observation de Begbie (3) et une de Marie dans les-

(1) Joffroy. *Soc. méd. des hôp.*, 14 déc. 1888.

(2) P. Marie. *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*, 1883.

(3) W. Begbie. *On struma exophtalmica*. (*Edimb. med. journ.*, 1868.)

Digitized by Google

quelles le goître exophtalmique s'est manifesté un an après une chute violente sur la tête.

Il est bien difficile dans des cas pareils de faire intervenir l'émotivité qui est en somme la cause, sinon unique, du moins prépondérante dans l'étiologie du goître exophtalmique idiopathique; mieux vaut assurément, en bonne logique, songer à une lésion encéphalique consécutive au choc matériel et produisant le syndrome basedowien, de la même façon que l'on voit si souvent l'épilepsie traumatique se produire en pareille circonstance.

Nous ne connaissons cependant pas dans la littérature médicale d'exemple où le goître exophtalmique ait été reconnu à l'*autopsie* comme se rattachant à une lésion encéphalique macroscopique, tels que tumeur, foyer hémorrhagique, etc. (1). Cela tient peut-être à ce que les relations d'autopsies de maladie de Basedow sont peu nombreuses relativement à la fréquence de cette maladie.

Nous venons d'observer un cas qui, quoique l'autopsie n'ait pu être pratiquée, ne nous a guère laissé de doute sur l'existence d'une tumeur cérébrale s'accompagnant des symptômes de Basedow.

OBSERVATION I (Personnelle et inédite). — *Tumeur de la base du crâne; symptômes de la maladie de Basedow; mort.*

Mme Por., âgée de 38 ans; sans tare nerveuse personnelle ou héréditaire; deux enfants à dix-huit ans d'intervalle, le dernier âgé de 3 ans. Bien menstruée, s'est toujours bien portée jusqu'au mois de juin dernier où elle a été atteinte d'une névralgie sciatique gauche. Cette névralgie ayant tous les caractères *à frigore*, traitée par des révulsifs, a disparu complètement et rapidement; mais la douleur « s'est portée » à la tête dès le milieu de juillet. Depuis cette époque, la malade a souffert d'une façon presque continue d'une douleur atroce dans la région occipitale. Elle avait de la peine « à porter sa tête »; de violents vertiges l'obligeaient à chaque instant à s'asseoir ou à saisir un objet pour ne pas

(1) Nous n'en excepterons pas le cas de Hale White (*Bul. méd.*, 1889, p. 442), où on a trouvé à l'autopsie de « nombreuses hémorrhagies au niveau des corps restiformes ». Cette lésion nous paraissant être dans ce cas plutôt secondaire que primitive.

Digitized by Google

tomber; la marche était devenue incertaine, par suite de mouvements de propulsion et de rétropulsion.

Légère parésie des quatre membres, surtout du membre supérieur gauche. La vessie aussi était devenue paresseuse; miction parfois douloureuse.

Constipation opiniâtre. De temps à autre, vomissements alimentaires.

La parole était hésitante, rappelant un peu celle des paralytiques généraux. Les idées étaient moins nettes ; légère obnubilation de la mémoire. Le caractère, très doux d'habitude, était devenu plus exigeant, plus acariâtre.

A notre première visite, 20 août, nous portons le diagnostic de tumeur de la région cérébelleuse.

Rappelé le 21 septembre, nous constatons ce qui suit, en plus des phénomènes observés à la précédente visite :

La malade présente une physionomie qui la rend presque méconnaissable. Les yeux sont saillants, pour ainsi dire sortis de l'orbite. *Ophtalmoplégie externe à gauche* (chute de la paupière supérieure, strabisme externe, diplopie) ; pas de signe de de Græfe, pas de troubles de l'accommodation.

Le corps thyroïde est très développé, animé de mouvements pulsatifs. Le pouls bat 140 pulsations à la minute ; pas de bruit de souffle ; pas d'arythmie.

Un tremblement général intense, non pas menu comme le tremblement ordinaire de la maladie de Basedow, mais ressemblant au grelottement de la fièvre paludéenne, agite le corps de la malade, au point que la marche n'est possible qu'à l'aide de deux bâtons. Pas d'élévation de la température. Sensation subjective de chaleur telle que la malade semble avoir de l'eau chaude dans les veines et ne peut supporter que des vêtements très légers.

Réflexes patellaires exagérés. Fringales. Continuation de la constipation. Sueurs profuses. Émission d'urine très irrégulière comme quantité, polyurie fréquente. L'*urine contient 40 gr. de sucre par litre.*

Tous ces symptômes nouveaux existent, paraît-il, depuis une quinzaine de jours.

Une dose quotidienne de 2 gr. d'antipyrine (1) et 10 gouttes de teinture de vératrum viride sont donnés pendant quatre jours ; le tremblement diminue considérablement d'intensité et revêt la forme ordinaire du tremblement du goître exophtalmique ; les autres symptômes ne s'amendent pas.

---

(1) Dans un travail déjà ancien (Gauthier (de Charolles) : Traitement de la maladie de Graves, du diabète et de l'épilepsie par l'antipyrine. *Rev. gén. de clin. et de thér.*, 10 mai 1888), nous avons indiqué, après Huchard, les bons effets de l'antipyrine dans le goître exophtalmique.

Digitized by Google

Le 6 octobre, la malade est obligée de s'aliter, la parésie des quatre membres a augmenté brusquement ce jour-là. La respiration devient haletante. La malade, ayant à peine la force de parler, garde toute sa connaissance et s'éteint brusquement, comme à la suite d'une compression bulbaire.

Les symptômes, la marche, la terminaison de la maladie dont était atteinte M^me^ Por., ne permettaient, ce nous semble, aucune hésitation sur le diagnostic : tumeur cérébrale. A notre avis, le syndrome basedowien si net et si complet qui est apparu dans la période ultime fait aussi bien partie du cortège symptomatique de cette tumeur cérébrale que l'auraient fait des crises épileptiques si elles étaient survenues, comme cela arrive si souvent en pareil cas.

A propos de l'ophtalmoplégie externe que nous avons signalée dans cette observation et dont l'existence venait corroborer notre diagnostic de tumeur cérébrale de la base, nous croyons que ce symptôme relève ici directement de la lésion primitive (compression du nerf oculo-moteur commun gauche dans sa portion périphérique) ; nous le croyons, quoique M. Ballet ait fait de l'ophtalmoplégie externe un symptôme assez fréquent du goître exophtalmique-névrose, se rattachant à un trouble fonctionnel de quelques-uns des noyaux d'origine du moteur oculaire commun (1). Comme on sait, en effet, depuis les travaux de Hensen et Walkers, que ce nerf naît de plusieurs noyaux, on peut concevoir que les branches nerveuses qui vont aux muscles externes de l'œil (droits et obliques) puissent être atteintes seules, sans que l'intégrité des fonctions de la musculature interne, c'est-à-dire des fibres radiées ou circulaires de l'iris et du muscle ciliaire, soit endommagée. Mais, dans les cas où cette ophtalmoplégie externe doit être considérée comme ressortissant directement de la symptomatologie du goître exophtalmique-névrose, le releveur de la paupière supé-

(1) Gilbert Ballet. De l'ophtalmoplégie externe et des paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophtalmique. (*Revue de méd.*, mai, juillet 1888.)

Digitized by Google

rieure est généralement intact (Ballet); tandis que chez M^me^ Por., le ptosis était presque complet.

Quant à la glycosurie qui est également notée dans cette observation, elle s'est produite apparemment de la même façon que le goître exophtalmique, sous l'influence de l'irritation causée par la tumeur dans la région bulbo-protubérantielle, et ne doit pas être considérée, par conséquent, comme se rattachant directement au complexus basedowien.

A noter encore dans cette observation l'absence d'antécédents nerveux personnels ou héréditaires, l'absence de l'émotivité qui, nous le répétons, est la grande dominante de l'étiologie du goître exophtalmique idiopathique.

II. — Maladies du corps thyroïde.

La cause la plus fréquente du goître exophtalmique secondaire, celle qui a été signalée le plus souvent est assurément l'hypertrophie du corps thyroïde qui, dans la maladie de Basedow, est un des éléments cardinaux de la symptomatologie, et qui, dans les cas qui nous occupent ici, constitue, au contraire, la lésion primitive, le point de départ.

Il n'est point très rare, en effet, de voir des malades porteurs de goîtres anciens, soit héréditaires, soit endémiques, sur lesquels se développent après de longues années, les symptômes de la maladie de Basedow. Ce sont des goîtreux qui deviennent basedowiens, au lieu d'être des basedowiens qui deviennent goîtreux, comme cela se passe dans les cas ordinaires. Les modifications, soit de structure, soit de fonctions, de la glande thyroïde, sont ici l'origine des phénomènes nerveux et des troubles généraux de tout l'organisme.

Quand on compulse les observations de goître exophtalmique qui ont été publiées dans les thèses et recueils divers, on remarque que cette préexistence du goître est très formellement indiquée dans un assez grand nombre de cas. Ce détail, le plus souvent n'a pas frappé les observateurs, et ce

Digitized by Google

n'est que dans ces derniers temps que cette particularité commence à être mise en relief (1).

Dans beaucoup de ces cas où le goître est primitif, la relation de cause à effet peut être contrôlée d'une façon certaine par le résultat positif que donne l'acte opératoire portant sur le corps thyroïde. Les observations de guérison du goître exophtalmique par la thyroïdectomie sont déjà assez nombreuses, et dans un des plus récents documents publiés sur ce sujet, R. Stierlin (2) donne un total de 29 cas avec les résultats suivants : guérisons complètes, 22 ; améliorations, 2 ; pas de guérison, 3 ; mort, 1 ; résultat incertain, 1. Dans cette revue, le chirurgien de Zurich n'a pas la prétention de donner une statistique complète de tous les cas qui ont été publiés, et il est probable qu'en les réunissant tous on pourrait arriver à un total beaucoup plus élevé (3).

Nous rappellerons pour simple mémoire, que nous avons publié nous même, dans le *Lyon Médical* du 27 mai 1888, l'observation d'une malade chez laquelle, un kyste thyroïdien accompagné de goître exophtalmique ayant été traité par des injections iodées, on vit le complexus basedowien disparaître en même temps que le goître, puis celui-ci récidivant, apparaître à nouveau les phénomènes nerveux.

La préexistence du goître est à peu près la seule indication qui permet de faire le diagnostic de ce pseudo goître exophtalmique, car, de même que l'épilepsie secondaire ne diffère en rien symptomatiquement de l'épilepsie essentielle, de même ici les symptômes de la maladie de Basedow peuvent se trouver réunis au complet. Il en était ainsi de notre malade chez laquelle existait, en dehors de la triade sympto-

(1) Brissaud, Broca, Lamy : *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1891 ; — Lavesnes : Thèse de Paris, 1891 ; — E. Leflaive : Le goître exophtalmique chirurgical (*Bull. méd.*, 1er juin 1892, p. 931.).

(2) R. Stierlin : *Beitrage zur klin. chir.*, XVIII, 3, 1892.

(3) Ch. Audry : Sur le traitement chirurgical du goître exophtalmique. (*Bull. méd.*, 1889, p. 708.

Digitized by Google

matique, même le tremblement et l'état psychique caractéristiques.

De quelle façon agit la tumeur thyroïdienne dans la production du faux goître exophtalmique ? La théorie mécanique qui rattache les symptômes basedowiens à la compression des organes du cou par la thyroïde hypertrophiée se présente naturellement à l'esprit. C'est en effet la première en date. Dès 1855, Koeben émit l'idée que le grand sympathique cervical devait être intéressé par cette compression. Quelques années plus tard, Piorry donnait à cette théorie une forme séduisante par sa simplicité. D'après cet auteur la glande thyroïde, *primitivement* hypertrophiée, est capable de comprimer les organes du cou et du médiastin. A la compression de la trachée et des nerfs récurrents correspondraient la dyspnée et une toux quinteuse et férine; à celle des veines sous-clavières et des jugulaires internes ou externes le gonflement du cou et la gêne de la circulation intra-crânienne qui entraîne une stase des veines de l'orbite avec œdème du tissu cellulaire intra-orbitaire et l'exophtalmie; à celle du tronc brachio-céphalique, des hémostases pulmonaires et cardiaques qui amènent avec la dilatation et l'hypertrophie du cœur droit, des palpitations et la dyspnée; à celles des pneumogastriques et des sympathiques, des phénomènes analogues aux précédents. Par suite de tous ces troubles circulatoires, l'hématose se fait mal, la nutrition languit : d'où aménorrhée, amaigrissement, cachexie, et, comme conséquence des congestions cérébrales, l'excitation mentale et les modifications du caractère.

Nous sommes d'avis que cette théorie, si séduisante qu'elle soit, n'explique pas la vraie physionomie du goître exophtalmique : la variété des symptômes observés et leur dissémination sur presque toutes les fonctions de l'économie, et que dans la très grande majorité des cas, il est nécessaire de faire intervenir une autre explication, comme nous le dirons tout à l'heure. Mais nous croyons cependant que quelquefois ce simple mécanisme ne peut être mis en doute, lorsque, par exemple, une tumeur thyroïdienne préexis-

Digitized by Google

tante est constituée de telle sorte qu'elle amène des phénomènes évidents de compression.

L'observation suivante paraît en être un exemple incontestable :

Observation II (personnelle et inédite). — *Goître ancien ; phénomènes de compression avec menace d'asphyxie ; goître exophtalmique.*

Le nommé Prov., âgé de 50 ans, habitant un village où le goître est assez fréquent, présente depuis plus de vingt-cinq ans une hypertrophie du lobe gauche de la thyroïde. En temps ordinaire, il n'en éprouve aucune gêne. Une nuit il est réveillé brusquement par un accès de dyspnée intense : un lien lui étreint la gorge ; cornage extrêmement prononcé. A notre première visite, nous portons le diagnostic de goître suffocant. L'état nous paraît si grave, l'asphyxie si menaçante que nous envisageons l'éventualité d'une trachéotomie, et dans cette prévision nous demandons l'assistance de notre confrère, le docteur Chavet. En attendant nous appliquons dix sangsues sur le cou.

Le lendemain, la respiration est plus facile, et les jours après nous voyons se produire les phénomènes suivants : violentes douleurs de l'oreille gauche ; sueurs profuses avec prédominance à gauche (hémhydrorrhée) ; tachycardie permanente, 120 pulsations, sans élévation de température ; légère exophtalmie plus prononcée à gauche ; tremblement général. Cet état dura pendant près de deux mois ; puis, peu à peu tout rentra dans l'ordre.

Dans cette observation, la paralysie du nerf récurrent gauche (plus facile, on le sait, à être comprimé que le droit) qui a ouvert brusquement la scène, la prédominance à gauche de certains symptômes, tels que l'exophtalmie, l'otalgie, les sueurs ne laissent guère de doute sur l'idée d'une compression par un goître *en dedans*.

A rapprocher de cette observation celle que rapporte Spencer (1), d'une jeune fille atteinte d'hypertrophie kystique du corps thyroïde ayant amené la mort par asphyxie à la suite de la compression des organes du cou, et chez laquelle les symptômes de la maladie de Graves avaient existé pendant toute la durée de la tumeur thyroïdienne.

Mais, encore une fois, des cas semblables doivent être

(1) Spencer : *Pathological Society of London*, février 1891.

Digitized by Google

considérés comme une exception. Le plus souvent la compression locale ne joue aucun rôle, et c'est dans la modification du fonctionnement de la glande thyroïde elle-même qu'il faut chercher l'explication.

Cette idée que nous avons développée, *le premier*, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine dès le commencement de 1886, et que nous avons reproduite dans le *Lyon Médical* (mai 1888), nous paraît encore aujourd'hui la seule légitime (1). Nous avons appuyé notre hypothèse sur les ressemblances qui existent entre la maladie de Basedow et les diverses formes de marasme qui tirent origine de certaines lésions du corps thyroïde, telle que le myxœdème, la cachexie strumprive, le crétinisme.

Eh bien, cette hypothèse qui avec ses rapprochements pouvait paraître un peu fantaisiste, a pris depuis cette époque une véritable consistance. Les travaux sur la physiologie, jusque là si mystérieuse, de la glande thyroïde se sont multipliés. V. Horsley, dont les recherches sur ce sujet font autorité, les a résumés dans une revue critique des plus intéressantes (2). Il s'arrête à cette théorie que la thyroïde détruit ou modifie certaines substances dangereuses pour l'économie. Quand cette glande cesse de fonctionner, comme après la thyroïdectomie complète par exemple, les toxines n'étant plus détruites, portent leur action sur les centres nerveux et en particulier sur la région bulbo-protubérantielle ; d'où phénomènes de suractivité nerveuse, tremblement fibrillaire des muscles en première ligne, tachycardie, accélération de la respiration, élévation de la température, troubles trophiques de l'enveloppe cutanée ; en un mot, la plupart des symptômes du goître exophtalmique.

Dans un travail très complet et très récent, Mœbius (3) tire les conclusions suivantes qui sont absolument conformes à celles que nous avons émises il y a six ans : Les symptômes

(1) Gauthier (de Charolles) : De la cachexie thyroïdienne dans la maladie de Basedow. (*Lyon Médical*, 27 mai 1888,)

(2) V. Horsley : *British med. Journ.*, 1892.

(3) Mœbius : *Neurol. Centralblatt*, 1892, n° 10.

Digitized by Google

du goître exophtalmique paraissent être provoqués par l'altération des fonctions du corps thyroïde. Cette hypothèse s'appuie : 1° sur la ressemblance que l'on observe entre cette maladie et le myxœdème ; 2° sur la constatation plus ou moins nette de quelques signes de la maladie de Basedow dans les cas de goître vulgaire ; 3° sur l'heureuse influence des opérations pratiquées sur le corps thyroïde.

Sollier (1) a rapporté un cas de maladie de Basedow compliquée de myxœdème.

Dans une thèse de Montpellier le docteur Th. Chevalier (2) développe et commente notre théorie en y apportant des arguments nouveaux.

Boinet et Silbert (3) ont retiré de l'urine d'une femme atteinte de goître exophtalmique trois variétés de toxines produisant expérimentalement sur les animaux des phénomènes parfois analogues à ceux qui étaient observés sur la malade.

Pour M. Joffroy (4), le goître exophtalmique n'est pas une névrose, mais une maladie de la glande thyroïde ; « la maladie de Basedow est à la lésion de la glande thyroïde ce que l'albuminurie est au rein. »

Nous continuerons donc à estimer que, dans les cas qui nous occupent, l'action de la glande thyroïde est d'ordre biologique et non mécanique. Cette glande a une fonction analogue aux émonctoires cutané, pulmonaire, intestinal, hépatique, rénal, et l'altération de cette fonction entraîne une intoxication de l'économie retentissant particulièrement sur les centres nerveux par la formation ou la rétention de substances toxiques. Nous avons démontré dans notre premier travail que, dans le goître exophtalmique, à l'hypertrophie de la thyroïde correspond une atrophie fonctionnelle, et

(1) Sollier : *Rev. de méd.*, déc. 1891, n° 12, p. 1000.

(2) Th. Chevalier : Thèse de Montpellier, 1890.

(3) Boinet et Silbert : *Association française pour l'avancement des sciences*. Session de Marseille, 1891, et *Rev. de méd.*, 1892, p. 33.

(4) Joffroy : Goître exophtalmique et grossesse. (*Union médicale*, 18 mai 1892.)

Digitized by Google

nous avons vérifié que dans la plupart des cas d'autopsie ou d'opération qui ont été publiés, les lésions thyroïdiennes aboutissaient à la destruction des éléments glandulaires de l'organe; que le stroma fibreux y prenait des proportions prédominantes et subissait la rétraction cirrhotique, ou bien des kystes hématiques, des infractus sanguins d'âges différents détruisaient le tissu propre de la glande. En un mot, la détérioration fonctionnelle de l'organe entraîne une toxhémie spéciale, encore mal déterminée, qui se traduit par les manifestations nerveuses de la maladie de Basedow.

Nous ajouterons même qu'il n'est pas nécessaire, pour que le fonctionnement du corps thyroïde soit profondément compromis, qu'il existe des altérations de la glande aussi marquées que celles que nous venons d'indiquer; mais que des lésions, bien plus minimes en apparence, peuvent amener des troubles analogues à ceux que produisent de graves lésions, même l'absence complète, congénitale ou opératoire;— qu'en un mot, il peut se passer pour la thyroïde ce que nous voyons tous les jours se produire pour les reins et pour le foie qui subissent des dégénérescences kystiques étendues, sans que leur fonctionnement en souffre, tandis que des lésions beaucoup moins apparentes, purement histo-chimiques souvent, provoquent des troubles graves retentissant sur l'organisme entier.

C'est l'opinion que soutient M. le professeur Renaut, de Lyon, qui, à l'objection des cas de goître exaphtalmique sans goître répond, au nom de l'anatomie pathologique, que, même en l'absence de tuméfaction thyroïdienne, il n'y a pas absence de lésions de la glande.

Nous croyons donc que les goîtreux ordinaires sont tout particulièrement disposés, de par leurs lésions thyroïdiennes, à devenir basedowiens ou plutôt pseudo-basedowiens. Que le fonctionnement de leur glande, déjà endommagée, subisse une modification, insignifiante en apparence et d'une nature encore indéterminée dans bien des cas, et l'on peut voir survenir tous les symptômes du goître exophtalmique.

C'est ainsi que Rilliet, par une fausse interprétation, con-

Digitized by Google

sidérait l'*iodisme constitutionnel* comme si fréquent à Genève chez les goîtreux. D'après cet auteur, quelques centigrammes d'iode administrés à l'intérieur ou même en frictions, un simple séjour sur les bords de la mer de goîtreux habitués à vivre dans l'intérieur des terres suffisaient pour produire de la boulimie, des troubles nerveux divers et surtout une tachycardie violente et permanente. Ces prétendus phénomènes d'intoxication iodique ont été déjà considérés très justement par Trousseau comme des cas de goître exophtalmique latent, que l'administration de l'iode, médicament si périlleux dans cette maladie, rend plus manifestes en les aggravant.

Mais en les aggravant de quelle façon? Probablement, croyons-nous, par une action directe sur le tissu glandulaire de la thyroïde qu'il atrophie. Dans certains cas de goîtres, en effet, le stroma fibreux en prolifération a détruit en grande partie les acini, élément actif de la glande, et il suffit que l'action de l'iode, même administré en petite quantité, vienne altérer ce qui en reste, pour que le fonctionnement de la thyroïde soit totalement compromis, et que, comme conséquence, on voie se produire les phénomènes de toxhémie dont nous avons parlé (1).

Inversement et comme conséquence des idées que nous venons de développer, n'y aurait-il pas lieu, dans ces cas de goître exophtalmique d'origine thyroïdienne, de suppléer à l'insuffisance de la glande par des injections séquardiennes de suc thyroïdien, comme cela a déjà été pratiqué avec succès dans plusieurs cas de myxœdème? C'est là un essai de traitement qui devra être tenté. L'indication en a du reste déjà été donnée par Brown-Séquard lui-même. « On pourrait se

(1) F. Rilliet : Mémoire sur l'iodisme constitutionnel. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 11 janv. 1859, et *Gaz. hebd.*, 1860 ; — Trousseau : *Clin. méd* t. 11, p. 594; — *Société méd. de Genève* (fév. 1888) : De l'iodisme chronique dans ses rapports avec les névroses et le goître exophtalmique. (Gauthier Revilliot et Haltenhorff) ; — Rendu : Goître exophtalmique de cause iodique. (*Rev. gén. de clin. et de thér.*, 1888, p. 363, et *Soc. méd. d hôp.*, 11 mai 1888.)

Digitized by Google

servir dans les cas de myxœdème, de *goître exophtalmique* ou après les thyroïdectomies, du suc thyroïdien ; dans les cas de maladie d'Addison, du liquide des capsules surrénales, etc. (1) ».

III. — Lésions des fosses nasales.

On a publié, dans ces dernières années, un certain nombre d'observations où le goître exophtalmique, coïncidant avec des lésions intra-nasales, a disparu à la suite d'une opération portant sur ces lésions.

Le premier cas de guérison à la suite d'un traitement nasal appartient à Hoppmann (2) ; il concerne une femme atteinte d'exophtalmie avec les autres signes basedowiens (sauf le goître) et de polypes muqueux siégeant sur le cornet moyen droit. L'ablation de ces polypes amena la guérison et un traitement rhino-pharyngien énergique eut vite raison d'une légère rechute.

Chez une malade de Hack (3), la triade symptomatique était complète. Dès le lendemain d'une cautérisation galvanique de la muqueuse du cornet inférieur droit hypertrophié, l'exophtalmie disparut totalement à droite ; même opération à gauche, et même amélioration de tous les autres symptômes.

Une jeune fille, observée par Frænkel (4) présentait un goître pulsatile et de la tachycardie (120 pulsations), et était traitée sans résultat par les courants continus. La galvano-cautérisation de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs amena la disparition du goître et de la tachycardie.

(1) Brown-Séquard et d'Arsonval : *Arch. de physiol.*, 1891, n° 3.

(2) Hoppmann : *Sammlung d. naturforscher u. Aertze zu Strasburg*, 885, et *Berl. klin. Woch.*, n° 42, 1882.

(3) Hack : Du traitement opératoire radical de certaines formes de migraine, asthme, etc. Traduit par Muller-Scherner, 1887.

(4) B. Frænkel : *Berl. medic. Geselschaft*, janvier 1888.

Digitized by Google

Stocker (1) a publié deux cas de goître guéri à la suite de cautérisations nasales répétées.

Gottstein a publié un cas analogue.

Tout récemment, Muschold (2) a rapporté l'histoire d'une femme de 45 ans, chez laquelle un goître exophtalmique a guéri à la suite de la résection de la queue du cornet inférieur droit, tuméfiée au point d'obstruer la fosse nasale.

Leflaive (3) a observé une femme chez laquelle une rhinite chronique coïncidait avec les phénomènes basedowiens. La guérison se produisit spontanément.

A côté de ces cas, il convient de placer une observation de Semar (4) et une autre de Semon (5), dans lesquelles le goître exophtalmique, d'ailleurs incomplet, se développa à la suite d'une intervention chirurgicale sur les fosses nasales (6).

Tels sont les faits, en nombre restreint encore, à la vérité, mais suffisant pour permettre d'établir une relation incontestable entre des lésions intra-nasales et la production du goître exophtalmique. La connexion intime, — révélée dans tous ces cas par le résultat du traitement, — qui relie entre eux ces deux ordres de phénomènes, ne pouvant donc être mise en doute, il reste à déterminer par quel mécanisme pathogénique elle arrive à se produire.

Il est entendu que, dans cette recherche de la causalité, nous admettons la *prédisposition*, la diathèse nerveuse du sujet, comme la condition nécessaire, la cause essentielle, celle qui existe à la base de toute manifestation névropathique, et que par conséquent, ce n'est que la cause occasionnelle, provocatrice, des phénomènes que nous voulons établir.

(1) Stocker : *Intern. Central. f. Laryng. Rhin.*, 1889.

(2) Muschold : *Deutsche medicin. Woch.*, n° 5, 4 fév. 1892.

(3) Leflaive : Le goître exophtalmique chirurgical. (*Bull. de méd.*, 1892, p. 931.

(4) Semar : *Intern. Centralblatt fur Laryng. Rhin.*, 1890, Bd. VI.

(5) Semon : *Intern. Centralblatt fur Laryng. Rhin.*, 1889.

(6) Voir encore sur ce sujet une revue de P. Tissier : *Annales de méd.*, 1892, n° 37, p. 293.

Digitized by Google

Les rapports entre des lésions intra-nasales et les diverses manifestations nerveuses sont connus depuis longtemps, et actuellement il est entré dans la pratique courante, en présence d'accidents nerveux dont la cause provocatrice est inconnue, de songer à pratiquer l'examen des fosses nasales.

On ne compte plus, par exemple, les cas d'asthme, de migraine, de convulsions épileptoïdes, etc., qui ont été améliorés ou radicalement guéris par le traitement d'une rhinite chronique hypertrophique ou de tumeurs adénoïdes.

On a l'habitude d'expliquer ces rapports de cause à effet en faisant intervenir un acte réflexe, mais cette explication est bien vague, un peu bonne à tout faire, puisqu'elle est appliquée indistinctement à toute la série des affections nerveuses qui, si elles ont des points de contact assez nombreux, gardent bien cependant chacune leur individualité.

Nous croyons qu'en ce qui concerne la névrose thyro-exophtalmique dans ses rapports avec une lésion intra-nasale, il est possible de mieux préciser. D'après les observations de François Frank, de Lazarus et de plusieurs autres, l'irritation intra-nasale provoque des phénomènes de vaso-dilatation sur les centres vaso-moteurs. Or, on sait que le caractère fondamental du goître exophtalmique réside précisément dans des phénomènes de vaso-dilatation, et que c'est essentiellement dans le domaine de la carotide que se manifeste l'ectasie vasculaire. Le corps thyroïde et l'œil sont de tous les organes ceux qui subissent avec le plus d'évidence et le plus d'intensité ces modifications circulatoires, d'abord parce que, grâce à leur situation, ils frappent surtout la vue de l'observateur, et aussi parce que leur richesse vasculaire en favorise la turgescence.

IV. — Modifications du côté des organes abdominaux.

La maladie de Basedow, on le sait, s'accompagne souvent de troubles du côté des organes abdominaux : boulimie, diarrhée paroxystique, ictère, etc. Dans les cas ordinaires,

Digitized by Google

ces phénomènes forment le cortège symptomatique de la maladie. Mais, inversement, dans des circonstances plus rares à la vérité, on a vu des modifications dans les organes abdominaux faire naître les syndromes du goître exophtalmique. Federn (1) cite trois observations probantes à cet égard :

Une femme, atteinte de maladie de Basedow, avait en même temps une atonie du gros intestin ; on ordonna des irrigations, un régime lacté, et l'état de la malade s'améliora vite.

Un homme de 62 ans, qui présentait les symptômes du goître exophtalmique compliqué d'atonie du gros intestin, fut soumis à un traitement destiné à combattre cette atonie. L'effet fut excellent, le pouls devint presque normal, l'appétit augmenta et le malade s'améliora tellement qu'il cessa le traitement au bout de six semaines.

Chez une fille atteinte de goître exophtalmique à un haut degré, existait également une atonie de la moitié gauche du côlon transverse et du tiers supérieur du côlon descendant. Sous l'influence de purgatifs, cette malade alla d'abord mieux ; mais, après quelque temps, ses palpitations devinrent plus fortes, le goître et l'exophtalmie augmentèrent, elle perdit l'appétit et maigrit. La faradisation abdominale des régions atoniques amena la guérison définitive.

Des faits pareils n'ont, en somme, rien de bien surprenant. On connaît, en effet, les rapports étroits qui unissent l'atonie gastro-intestinale avec ou sans entéroptose (Glénard) et l'éclosion de la neurasthénie. Or, la neurasthénie et la névrose thyro-exophtalmique se touchent par plus d'un point, tellement que les formes frustes de cette dernière sont parfois très difficiles à distinguer de la neurasthénie avec tachycardie permanente et tremblement, « au point, dit Bouveret, que le diagnostic peut rester longtemps indécis (2) ».

(1) Federn : De l'atonie partielle de l'intestin et de ses rapports avec la maladie de Basedow. (*Société império-royale des médecins de Vienne*, avril 1888.)

(2) Bouveret : *De la neurasthénie*, 2e édit., p. 365.

Digitized by Google

Dans le même ordre de faits, la *néphroptose* a été vue s'accompagner de la maladie de Basedow. Taylor (1) a observé les deux maladies chez une femme dont les pulsations cardiaques s'élevaient à 260 à la minute.

Dans le cas suivant la coexistence des deux affections était des plus nettes.

Observation III (Personnelle et inédite). — *Rein mobile à droite à la suite de grossesses multiples. Goître exophtalmique.*

Une femme, âgée de 36 ans, ayant eu six grossesses, à deux ans d'intervalle chacune, actuellement très irrégulièrement menstruée, présente à droite depuis son dernier acccouchement une tumeur abdominale mobile qui, par sa forme et ses caractères, ne laisse aucun doute sur l'existence d'un rein flottant.

A partir de ce moment, chez cette femme qui n'avait présenté jusque alors aucune disposition nerveuse personnelle ou héréditaire, on vit se manifester des troubles psychiques très prononcés.

En même temps les yeux sont devenus plus saillants, très brillants. La glande thyroïde a grossi, à droite principalement; est devenue pulsatile. Le cœur bat 130 fois à la minute. Tremblement caractéristique de la maladie de Basedow généralisé; chaleur subjective, vitiligo; sueurs profuses; alternatives de diarrhée et de constipation. En un mot, toute la physionomie du goître exophtalmique le plus net.

Cette malade, examinée successivement par plusieurs médecins et considérée pendant longtemps comme vaguement névropathe, ne retira aucun bénéfice d'un traitement antispasmodique des plus variés jusqu'au jour où, une ceinture contentive ayant été appliquée, elle se trouva notablement améliorée à tous les points de vue.

Chez une autre malade, atteinte de maladie de Basedow, que nous avons observée il y a une dizaine d'années et qui est morte depuis, nous avons également constaté l'existenee du rein mobile droit. Ce premier fait n'avait pas alors arrêté notre attention, et ce n'est qu'en compulsant nos notes à propos de la rédaction de ce travail qu'il nous est revenu à la mémoire.

L'enchaînement pathogénique qui relie ces deux ordres de phénomènes : atonie intestinale (compliquée ou non d'en-

(1) Taylor : *Congrèsd de l'Assoc. brit.*, 58e session, 1890.

Digitized by Google

téroptose ou de néphroptose) peut s'expliquer de la façon suivante :

Le nerf pneumogastrique est le nerf moteur de l'intestin (1). Par conséquent, à l'atonie intestinale répond la paralysie des rameaux moteurs intestinaux de ce nerf. On sait, d'autre part, que le nerf vague forme, dans toutes ses ramifications, un complexus physiologique très impressionnable dont chaque partie ressent l'ébranlement communiqué à l'une d'elles ; il peut être comparé en cela à une corde sonore dont les vibrations perdent de leur netteté à la plus légère modification qui se produit dans la moindre parcelle de son étendue. L'état paralytique des rameaux intestinaux peut donc retentir sur le nerf vague tout entier, et donner naissance de la sorte aux phénomènes basedowiens qui sont, comme on sait, la conséquence de la paralysie du pneumogastrique (G. Sée).

V. — Modifications du côté des organes génitaux.

Les troubles des fonctions génitales occupent une grande place dans l'histoire du goître exophtalmique, au point que, s'il était permis de restituer au mot *hystérique* son véritable sens étymologique qu'il a perdu par l'application qui en a été faite à l'hystérie, cette névrose qui le plus souvent est absolument indépendante des troubles utérins, il y aurait lieu de l'appliquer tout particulièrement à la névrose thyro-exophtalmique.

Sans nier que le plus souvent ces modifications fonctionnelles dans la sphère génitale fassent partie de la série symptomatique de la maladie, nous croyons pourtant que,

(1) L'application des électrodes sur le cou produit souvent un gargouillement dans l'abdomen par son action sur les nerfs cervicaux, sur le nerf vague assurément placé sur un plan plus antérieur que le grand sympathique. — Les expériences de Legros et Onimus ont démontré que l'électrisation du nerf vague arrête les mouvements de l'intestin et les arrête non en contraction, mais dans un état de relâchement.

Digitized by Google

dans beaucoup de cas, ils en sont plutôt la cause que l'effet. Nous donnons à l'appui de cette opinion, que les grossesses répétées et rapprochées sont signalées dans un très grand nombre d'observations, et que quelquefois aussi la maladie prend naissance avec une grossesse et disparaît après l'accouchement.

Ces derniers cas assurément doivent être considérés comme des goîtres exophtalmiques secondaires, puisqu'ils remplissent la condition que nous avons fait ressortir pour les quatre catégories précédentes, savoir : être sous la dépendance absolue d'une lésion ou modification d'organe, naître et disparaître avec celle-ci. Et, en cela, ces cas de goître exophtalmique secondaire, auxquels nous faisons allusion en ce moment, peuvent être assimilés à l'éclampsie (cette épilepsie symptomatique de la grossesse) qui n'a pas d'existence en dehors de l'état puerpéral.

Telle est une observation de Haerbelin (1) où la maladie de Basedow s'étant développée dans le courant d'une grossesse, produisit des accidents d'une haute gravité auxquels un avortement spontané vint heureusement mettre fin ; et, à ce propos, l'auteur se demande si on ne serait pas autorisé à interrompre le cours d'une grossesse se compliquant de goître exophtalmique grave, dans le but de voir celui-ci rétrocéder, tout comme cela se pratique pour l'éclampsie dans l'état gravidique.

On sait quelle influence considérable les troubles des fonctions génitales exercent sur l'organisme de la femme, et que c'est sur le système nerveux que ces perturbations produisent le retentissement le plus fréquent, de même qu'à son tour l'action du système nerveux se fait sentir sur les fonctions génitales; de sorte qu'il en résulte entre ces deux systèmes un équilibre qui devient instable à la moindre modification de l'un ou de l'autre. La congestion utéro-ovarienne, qui aboutit à l'écoulement menstruel, est tellement sous la dépendance directe d'une action nerveuse qu'une vive émotion, la

(1) Haerbelin : *Centralblatt f. Gynekologie*, n° 26, 1888.

Digitized by Google

frayeur, la colère suffit pour empêcher ou suspendre cet écoulement. Chez l'homme, certains récits, le tableau de scènes lascives déterminent la congestion rapide et passagère des organes génitaux, de même qu'une émotion vive peut interrompre subitement l'érection nécessaire à l'accomplissement de l'acte génital. Il existe donc entre le centre émotif et la fonction génitale certaines relations qui ne peuvent être mises en doute, et il est admissible que la congestion utéro-ovarienne venant à faire défaut, une congestion compensatrice se porte ailleurs, et de préférence sur le centre nerveux émotif et sur les organes qu'il tient sous sa dépendance. Or, le cœur, le corps thyroïde, le larynx, l'œil, sont autant d'organes qui subissent des modifications sous l'influence de l'émotivité, de la colère, par exemple. D'autre part nous n'avons pas à nous étendre longuement pour établir les perturbations fonctionnelles que peuvent subir ces mêmes organes sous l'influence des modifications de la sphère génitale : hyperkinésie cardiaque de l'aménorrhée et de la ménopause, tuméfaction thyroïdienne de la défloraison et de la grossesse (1), mue de la voix à la puberté, etc. On comprend dès lors que chez un sujet *prédisposé*, un trouble quelconque de la fonction génitale soit suivie d'une congestion compensatrice du centre émotif bulbo-protubérantiel, congestion qui, à son tour, produira les symptômes du goître exophtalmique.

VI.

La distinction que nous avons voulu établir entre le goître exophtalmique-névrose ou maladie de Basedow et les goîtres exophtalmiques secondaires est conforme à la division qui est admise dans l'étude des autres névroses.

Au point de vue pratique, c'est-à-dire du pronostic et du

(1) *Vix illam nutrix, orienti luce revisens*
Oesterno poterit collum circumdare filo. (Catulle).

Digitized by Google

traitement, elle est d'une grande importance, comme nous l'avons déjà dit, et en la méconnaissant on s'exposerait à de gros mécomptes. La maladie de Basedow, ressortissant d'un trouble dynamique des centres nerveux, est, comme toutes les névroses de cette catégorie, très rebelle à tous les traitements, — quoiqu'on ait dit le contraire dans ces derniers temps à propos du traitement électro-thérapique, — tandis que les goîtres exophtalmiques secondaires, ceux d'origine réflexe par exemple, guériront souvent très facilement, à la condition bien entendu que la lésion ou modification d'organe dont ils relèvent soit susceptible d'être améliorée.

Au point de vue théorique, cette distinction vient confirmer l'idée, universellement acceptée aujourd'hui, du reste, que la maladie de Basedow est une névrose, et une névrose générale ; et les développements que nous venons de donner sur l'enchaînement pathogénique des phénomènes des goîtres exophtalmiques secondaires, tendent encore à établir que le siège de cette névrose réside dans la région bulbo-protubérantielle, ainsi que nous avons déjà cherché à le démontrer dans un précédent travail (1).

(1) G. Gauthier (de Charolles) : Du goître exophtalmique considéré dans sa nature et ses causes. (*Revue de médecine*, 1890, t. X, p. 409.

(Notre mémoire était terminé quand nous avons eu connaissance d'une nouvelle observation de goître exophtalmique compliqué de myxœdème, présentée par von Jaksch à la *Société des médecins allemands de Prague* (novembre 1892). Ce cas vient s'ajouter à ceux dont nous avons parlé plus haut.

Nous même observons en ce moment une institutrice, célibataire, âgée de 50 ans, présentant tous les symptômes classiques de la maladie de Basedow, et chez laquelle les régions sus et sous-claviculaires des deux côtés sont envahies par un empâtement myxœdémateux si prononcé que les dépressions anatomiques normales ont totalement disparu).

Digitized by Google

Digitized by Google

DEUXIÈME PARTIE

COMPTES-RENDUS

Digitized by Google

Digitized by Google

COMPTES-RENDUS

PLAIE DU CŒUR.

M. Nové-Josserand, interne des hôpitaux, présente des pièces provenant d'un malade mort dans le service de M. le prof. Poncet.

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, qui, le 31 décembre, vers onze heures du matin, se frappa dans la région précordiale avec un tranchet de cordonnier. Amené à l'hôpital, il présentait les symptômes suivants : État général mauvais, grande faiblesse, pas de syncope. Dans la région précordiale, au niveau de la 5e côte, plaie linéaire, ne donnant aucune hémorrhagie. Pas de phénomènes particuliers du côté de la respiration. Pas de dyspnée, pas de cyanose.

L'auscultation du cœur n'a pas été pratiquée. Mort à trois heures de l'après-midi, quatre heures après l'accident.

Autopsie. Plaie de la paroi thoracique ayant traversé dans toute son épaisseur le cartilage de la 5e côte.

Épanchement sanguin abondant dans le péricarde.

Cœur petit, ratatiné, exsangue, présentant une plaie de la face antérieure, près de la pointe. au niveau du ventricule gauche. Trajet direct pénétrant dans la cavité du ventricule. Pas de lésions des vaisseaux coronaires ni des piliers.

Suivant l'opinion de M. le prof. Poncet, on aurait pu songer dans ce cas à intervenir pour pratiquer la suture du cœur. Cette opération, proposée depuis longtemps, n'a jamais été pratiquée sur l'homme ; pourtant les expériences de

Digitized by Google

Bloch sur le lapin et sur le chien montrent qu'il est possible de la pratiquer avec succès.

ECTOPIE CONGÉNITALE DU REIN.

M. Nové-Josserand présente en outre un rein en ectopie congénitale chez un homme de 42 ans. C'est un rein droit ectopié sur la face antérieure de la colonne vertébrale, au niveau des 2e ou 3e lombaires.

Ce rein présente plusieurs anomalies : forme ovoïde avec disparition de la concavité normale du bord interne. Atrophie notable ; il pèse 90 gr., celui du côté opposé qui est sain pesant 125 gr. Son hile, au lieu d'être situé en dedans et en arrière, se détache de sa face antérieure. Il est constitué par deux artères rénales venant l'une de l'aorte, l'origine de l'autre n'a pas été recherchée, une veine rénale, et l'uretère qui paraît normal.

Ces anomalies montrent bien qu'il ne s'agit pas d'un rein mobile secondairement fixé dans une position anormale, mais bien d'une ectopie congénitale du rein.

Au point de vue clinique, le malade porteur de ce rein présentait un certain intérêt en ce que depuis neuf ans il ressentait des douleurs qui dans ces derniers temps étaient devenues extrêmement vives, au point d'entraîner la perte de l'appétit, de l'amaigrissement et une perte notable des forces. Ces douleurs survenaient par crises, ce qui avait fait penser à de l'hydronéphrose intermittente ; mais on n'avait trouvé aucune modification des urines. L'autopsie a montré qu'il n'y avait pas d'hydronéphrose et que rien dans l'état anatomique du rein ne paraissait pouvoir expliquer ces douleurs.

M. Mayet demande à M. Nové-Josserand quels signes cliniques avaient permis à MM. Poncet et Jaboulay de porter le diagnostic de rein ectopié durant la vie.

M. Nové-Josserand répond que M. Poncet avait vu le malade plusieurs années auparavant, et que la tumeur constatée neuf ans plus tôt ne s'était

Digitized by Google

nullement accrue. Il fait remarquer que dans ce cas-là les phénomènes douloureux ne pouvaient pas s'expliquer par des accès douloureux d'hydronéphrose intermittente, puisque l'autopsie n'a pas permis de constater des traces d'hydronéphrose.

M. Mayet pense que les explorations répétées de la tumeur ont joué un rôle dans la genèse des accidents douloureux.

M. Sabatier rappelle qu'il a fait connaître une observation de néphralgie (hématurique) dans laquelle on n'a trouvé aucune trace d'hydronéphrose, ni même aucune lésion histologique du rein Le malade guérit d'ailleurs par la néphrectomie.

HYPERKINÉSIE DU SPINAL.

M. Bonnet, interne, présente un homme âgé de 39 ans, entré il y a un mois dans le service de M. Bouveret, parce qu'il présentait depuis plusieurs mois des mouvements involontaires de la tête, soit de salutation, soit de rotation. A son entrée, état d'obnubilation tel que tout interrogatoire est impossible : le malade assis, debout ou dans son lit présente un mouvement de rotation de la tête de gauche à droite et alternatif de droite à gauche, régulier, cadencé, se répétant de seconde en seconde pendant des périodes de 15 à 45 secondes; puis quand ce mouvement cesse on voit apparaître un mouvement d'abaissement, de salutation, analogue à ce que l'on a décrit sous le nom de tic de Salaam. Après dix, quinze ou vingt mouvements pareils, le malade a un temps de repos de durée variable, puis reparaît le tic rotatoire ou le tic de Salaam, quelquefois même l'association de ces deux mouvements donnant alors à la tête un mouvement d'oscillation comparable à celui des magots chinois; il est facile par la vue et par la palpation de constater que ces mouvements sont dus, pour le mouvement de rotation, à la contraction successive du muscle sterno-mastoïdien et à la partie supérieure du muscle trapèze d'un côté ou de l'autre, pour le mouvement de salutation à la contraction simultanée des mêmes muscles des deux côtés à la fois et auxquels vient s'ajouter l'action des pectoraux et du peaucier; il ne semble pas que les muscles

Digitized by Google

de la nuque, ni les angulaires de l'omoplate, rhomboïde ou splénius prennent part au phénomène. Les muscles de la face ne se contractent pas ; mais on constate que pendant les mouvements de rotation les yeux sont toujours fermés, que si l'on commande au malade de les tenir ouverts, il n'exécute plus que le mouvement du salut, enfin que si on lui ouvre les yeux avec les doigts on arrête tout mouvement comme si l'on appuyait sur un point frénateur; du reste, on constate la même action frénatrice, de l'extension ou de la flexion forcée de la tête et de la compression de l'un ou de l'autre côté de la région carotidienne, au niveau de la branche externe du nerf spinal.

Pendant les crises, le malade est dans un état d'obnubilation complet, les yeux clos, il ne parle pas, sa figure sans expression, on ne peut en tirer que des réponses monosyllabiques; il ne souffre pas cependant et se plaint tout au plus d'une légère constriction de la gorge, ce qui, dit-il, le gênerait pour répondre, car il comprend tout ce qu'on lui dit.

Peu de choses dans ses antécédents : son père est mort cardiaque à l'âge de 62 ans ; sa mère, de tumeur abdominale à 77 ans; un frère est mort en bas âge d'affection indéterminée; deux sœurs mortes, l'une à 3 ans, on ne sait de quoi, une autre à 24 ans de la variole ; il lui en reste deux bien portantes. Il ne connaît pas de nerveux dans sa famille; lui-même n'a jamais pris aucune crise; il eut une ostéomyélite du tibia à 2 ans, une pleurésie gauche à 17 ans; une fracture de l'avant-bras droit à 18 ans, peut-être le scorbut à 20 ans; à 24, nouvelle affection pulmonaire et maux de tête fréquents qui amenèrent une calvitie complète à 25 ans; un ezéma à 26 ans; mais il n'est ni saturnin, ni paludéen, ni syphilitique, peut-être un peu alcoolique. Il avait tout enfant de l'incontinence nocturne d'urine, il n'a jamais été guéri complètement; depuis qu'il est malade il urine très fréquemment au lit. Il n'est pas marié. Aucun trouble digestif, ni circulatoire, ni respiratoire; il n'a jamais eu aucun traumatisme de la tête.

L'affection actuelle a débuté il y a sept mois sans aucune

Digitized by Google

cause précise, traumatisme, efforts, froid ou émotion morale.

Les mouvements qu'il exécute ne sont pas constants, il a des périodes de calme de trois quarts d'heure ou une heure, ils cessent pendant le sommeil et s'exagèrent quand le malade se sait observé. A son entrée on constate des symptômes de gâtisme ; il urine au lit, et pour ses autres besoins va au milieu de la salle ; il ne cause à personne, semble détaché de ce qui se passe autour de lui.

Il n'existe pas de troubles de la vision, pas de lésion du fond de l'œil ; pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale ; pas de troubles intellectuels autres que l'obnubilation et peut-être un peu de diminution de la mémoire. Il sait lire, écrire et compter. Cependant il est très facilement irascible et sans cause.

Rien dans les urines. Pas de température.

M. Bouveret pense qu'il s'agit d'un cas d'hyperkinésie de la branche externe du spinal, bilatéral, que la coïncidence de ces mouvements avec l'obnubilation, la diminution de la mémoire et les marques de gâtisme données par le malade doivent faire songer à la possibilité de l'existence d'une tumeur cérébrale.

Soumis à l'influence du bromure donné progressivement jusqu'à la dose de 12 grammes, l'état mental semble s'être amélioré, le malade ne gâte plus, il cause et se mêle aux autres malades, mais néanmoins donne parfois des signes d'impulsion. Les mouvements n'ont pas été modifiés.

KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Favre, interne des hôpitaux, présente des kystes proligères de l'ovaire que M. le prof. Fochier a enlevés par une laparotomie.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, chez laquelle l'affection a débuté il y a sept ans ; elle a été examinée par M. Fochier à différentes reprises, et le diagnostic a toujours été hésitant.

Digitized by Google

En 1885, on fait le diagnostic de fibrome.

En 1886, celui de kyste de l'ovaire.

En 1887, on trouve une tumeur kystique remontant jusqu'à l'ombilic et occupant la fosse iliaque droite. De plus, dans le cul-de-sac postérieur on note la présence de saillies lobulées mobiles les unes sur les autres et qui donnent des sensations analogues aux petites parties du fœtus.

En 1888, on revient au diagnostic de fibrome.

En décembre 1891, à l'entrée de la malade, on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme deux poings donnant lieu à un ballottement céphalique.

Au toucher, le col est très remonté derrière les pubis; le cul-de-sac postérieur est complètement occupé par une tumeur renitente, dure, à la surface de laquelle on retrouve les sailles décrites plus haut.

Rien du côté de l'ovaire gauche.

On se décide à intervenir : on fait une laparotomie, et on trouve les deux ovaires kystiques et en voie de dégénérescence papillaire. L'ovaire gauche est situé à droite de la ligne médiane, l'ovaire droit est prolabé dans le cul-de-sac postérieur.

La paroi des kystes est très épaisse, la tension du liquide considérable, de là l'analogie de la tumeur avec des fibromes.

Au niveau du cul-de-sac postérieur, le kyste présentait des dépôts calcaires simulant les petites parties du fœtus.

L'opération fut relativement simple, toute la tumeur a pu être enlevée. Du côté du péritoine on ne remarque qu'un peu de dépoli du côté du fond de l'utérus, qui permet d'espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

Les suites opératoires ont été très simples, et six jours après l'opération les sutures métalliques ont été enlevées.

HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DES EXTRÉMITÉS.

M. P. Bonnet, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Bouveret. C'est un homme âgé de

Digitized by Google

57 ans, M... (François), exerçant la profession de charron, qui est entré à l'hôpital, il y a un mois, pour des douleurs siégeant dans les poignets et les mains, ainsi que dans les pieds et dont le début remontait à sept mois. On était frappé tout d'abord de l'aspect des mains, courtaudes, volumineuses, élargies et épaissies avec des doigts en boudin ; l'aspect des pieds était analogue ; le gonflement tenant à une poussée rhumatismale certaine, mais subaiguë, était insuffisante pour expliquer un pareil volume des extrémités, et l'on songeait forcément, soit à l'acromégalie, soit à la maladie décrite également par Marie, sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique, soit enfin à l'affection décrite par Ferréol sous le nom de périostose pseudo-hypertrophiante rhumatismale.

L'histoire de notre malade et son examen permirent d'éliminer successivement toutes ces affections pour conclure à une hypertrophie congénitale des extrémités. Ce malade ne présente rien à noter dans ses ascendants ni dans ses collatéraux ; lui-même a toujours joui d'une excellente santé ; pas de toux habituelle, pas de rhumatisme antérieur, pas d'impaludisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Tout petit il avait les mains plus grosses que les enfants de son âge ; à vingt-cinq ans, voulant entrer dans une Compagnie de pompiers, il ne trouva pas de gants à sa mesure ; il y a cinq ans, à l'occasion du mariage de sa fille, nouvelle impossibilité de trouver des gants à sa mesure. Il y a sept mois qu'il a des douleurs dans les articulations des pieds et des mains, qui ont un peu augmenté de volume depuis. Il ne tousse pas, ne présente pas de signes pulmonaires, rien au cœur, pas d'albumine dans les urines, pas de température, aucun trouble des sens.

Sous l'action du salicylate de soude, le gonflement a disparu, mais il reste des extrémités volumineuses comme le prouvent les mensurations faites sur tous les os et comparées à celles d'hommes de même taille ; le malade ne présente aucune autre lésion du squelette, pas de lésion de la face, pas de trouble de la vue ; d'autre part les doigts sont

Digitized by Google

augmentés de volume, mais non déformés, en baguette de tambour, avec déformation des ongles, et en plus il ne présente aucune lésion pulmonaire, enfin il n'a jamais eu de fièvre, les douleurs et le gonflement ont totalement disparu par le salicylate de soude et les doigts restent volumineux par suite de l'hypertrophie du squelette, qu'il semble rationnel de considérer comme congénitale.

OSTÉO-SARCOME DU TIBIA.

M. Deydier, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique relative à un cas d'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia, et donne sur ce fait les renseignements suivants :

Pierre D..., âgé de 19 ans, cultivateur, entre à Saint-Sacerdos le 11 janvier. Ses antécédents héréditaires ou personnels sont sans importance. Son père est en bonne santé, sa mère un peu faible, tousse et se plaint de douleurs de la poitrine ; deux frères mort-nés, un frère et une sœur se portent bien. Lui-même n'a jamais été malade jusqu'au milieu de l'année 1890.

Il y a un an et demi, Pierre D... commence à ressentir dans le creux poplité gauche une douleur lancinante, s'exagérant par la fatigue. Il peut encore continuer quelques mois son travail. Mais l'augmentation rapide de la tumeur, la gêne et la douleur le forcèrent à consulter un médecin au mois de mars 1891. M. le docteur Comte (de Charlieu) pensa à une tumeur maligne et engagea le malade à aller à Lyon.

Celui ci entra à Saint-Sacerdos en mai 1891, porteur dans le creux poplité d'une tumeur du volume d'une orange. M. le professeur Ollier fit le diagnostic d'ostéo-sarcome et proposa l'amputation. Le malade refusa.

Le volume de la tumeur continua à s'accroître. Il y a deux mois, elle rendit la marche impossible et s'accompagna de douleurs telles que le malade rentra à Saint-Sacerdos.

Digitized by Google

Localement, on trouve une tumeur énorme à l'extrémité supérieure de la jambe gauche, et le membre encore augmenté de volume par un œdème considérable ressemble à une massue. La jambe est fléchie sur la cuisse. La peau est de couleur normale, sillonnée surtout dans le creux poplité de grosses veines variqueuses. La surface de la tumeur est irrégulièrement bosselée, et quelques points, notamment en dessous et en dehors de la rotule, sont fluctuants. La circonférence de la tumeur au niveau du plateau tibial est de 86 centimètres. La température locale est de 37° au lieu de 35° sur le côté sain. A l'auscultation de la tumeur on ne perçoit aucun bruit de souffle. Les mouvements volontaires sont complètement abolis, les mouvements provoqués sont encore possibles, bien que très limités et très douloureux. On trouve les ganglions de l'aine à peine augmentés de volume.

L'état général du malade est peu satisfaisant. Il est très affaibli, amaigri; on ne trouve cependant aucun signe de généralisation au poumon. La température générale oscille entre 38° et 39°. On ne trouve dans les urines ni sucre ni albumine.

L'amputation a été pratiquée le 13 janvier par M. Sabatier un peu au-dessus du tiers supérieur de la cuisse, où tous les tissus sont sains.

A l'incision de la pièce, la tumeur semble à première vue être un ostéo-sarcome d'origine périostique ayant débuté par la face interne de l'épiphyse supérieure du tibia, cependant on trouve peu de productions osseuses de nouvelle formation au-dessous de la tumeur et comme un foyer d'origine centrale. La tumeur est assez résistante. Elle est traversée par l'artère tibiale postérieure restée perméable comme il est facile de s'en assurer par le passage d'une sonde. Quand on essaye d'en faire autant pour la veine poplitée on est arrêté dans une sorte de poche assez vaste contenant des caillots; les muscles de la jambe sont envahis et dégénérés. A l'ouverture de l'articulation on voit la synoviale encore intacte; mais tous les tissus environnants, surtout en arrière

Digitized by Google

de la rotule, sont déjà envahis. L'examen microscopique n'a pas encore été fait.

Depuis l'amputation le malade souffre beaucoup moins, reprend un peu d'appétit, et sa température oscille autour de 38°.

KYSTE DE L'OVAIRE, DE CONSISTANCE DURE, COEXISTANT AVEC DES MÉTRORRHAGIES ET ANCIENNEMENT PRIS POUR UN FIBROME; OPÉRATION, GUÉRISON;

Par le docteur J. RENDU.

La malade qui fait l'objet de cette observation est intéressante par un côté clinique de son histoire. En effet, sa tumeur abdominale s'était présentée dans des conditions de développement telles qu'une erreur de diagnostic sur sa nature avait pu être commise au début. Comment et pourquoi? Nous allons le dire, persuadé que le fait en lui-même, sans être une rareté, n'en est pas moins instructif.

Mme X..., 44 ans, n'a eu qu'un enfant à l'âge de 22 ans, et s'est bien portée jusqu'en 1888. Elle eut alors des métrorrhagies, puis, durant les mois de juillet, août et septembre de la même année, des pertes rouges abondantes et continuelles, pour lesquelles elle entra dans une chambre du service gynécologique de la Charité. Le 9 octobre, elle fut endormie et subit une opération sur la nature de laquelle elle ne peut donner aucun renseignement. Son séjour à la Charité fut de trois semaines; après quoi les pertes rouges continuant avec caillots, on me fit appeler. Je trouvai une tumeur abdominale *médiane*, *lobulée*, *indolore*, *également dure sur toute sa surface* et remontant au-dessus de l'ombilic, du volume environ d'une grossesse de six mois. Je pensai immédiatement à un fibrome utérin, sans chercher, je l'avoue, à compléter mon diagnostic par un toucher minutieux et encore moins par l'hystérométrie.

Étant donnés les dangers de l'ablation par laparotomie des gros fibromes interstitiels de la matrice, je déconseillai l'opé-

Digitized by Google

ration et me bornai à prescrire un traitement de circonstance. Les hémorrhagies ayant cessé peu de temps après, je n'eus pas à revoir la malade.

En juillet 1891, on m'appela en toute hâte auprès de cette personne. Elle avait été prise subitement dans la journée de violentes douleurs au bas-ventre, suivies bientôt de ballonnement, de vomissements bilieux et de fièvre. Il n'y avait pas de doute, il s'agissait d'une péritonite aiguë. Mais, dominé par l'idée de fibrome, et d'autre part, la douleur et le ballonnement du ventre m'empêchant de palper, je ne vis là qu'une complication inflammatoire passagère, telle qu'on en observe assez souvent dans ces maladies. Le repos, des cataplasmes, etc., en eurent raison en quelques jours.

Enfin, les premiers jours de décembre, je vis arriver à mon cabinet cette malade marchant très péniblement, la figure amaigrie, étirée, et le ventre considérablement développé. Elle venait me consulter pour une grosseur qui, disait-elle, se montrait à la vulve depuis quelques mois. Je constatai, en effet, une rectocèle du volume d'un œuf de dinde, puis je palpai l'abdomen. Quel ne fut pas mon étonnement en trouvant le ventre distendu non par une tumeur uniformément dure, comme l'est un fibrome, mais par une masse manifestement fluctuante et dure seulement dans certains points. La circonférence ombilicale était de $1^{m},20$, la hauteur de la tumeur $0^{m},48$, dont 23 au-dessus de l'ombilic. La distance de l'E I A S à l'ombilic était la même ($0^{m},28$) à droite et à gauche. La tumeur paraissait libre en haut, et il existait de la sonorité bilatérale lombaire.

Je reconnus à n'en pas douter l'existence d'un volumineux kyste de l'ovaire, avec une légère quantité de liquide ascitique qui venait par moment distendre une petite hernie ombilicale. La péritonite du mois de septembre avait peut-être été causée par la rupture d'une loge kystique dans le péritoine.

Mais qu'était devenu le fibrome utérin ?

L'hystéromètre, ne pouvant franchir l'orifice externe du col, ne me fut d'aucune utilité. L'index, au contraire, en imprimant au col de l'utérus de petits mouvements d'avant en

Digitized by Google

arrière, me renseigna sur le poids et le volume du corps. Il n'existait pas de tumeur fibreuse. C'était le kyste de l'ovaire lui-même que trois ans auparavant j'avais pris pour une tumeur de cette nature, parce que, à ce moment, il était exclusivement composé de petites loges cloisonnées et tendues dont aucune n'avait alors pris de développement.

Je proposai l'opération, et le 12 décembre, avec l'assistance de mon ami le docteur Piante, je pratiquai la laparotomie. L'opération fut simple. La masse enlevée, liquide compris, pesait 17 kil. 1/2 ; c'était effectivement un kyste de l'ovaire droit. L'utérus avait son volume normal. La malade se remit sans fièvre, et le 1er janvier elle rentrait chez elle en parfait état. Depuis lors elle va très bien.

Il existait dans l'épaisseur de la paroi kystique et à l'état isolé (c'est du reste un fait banal) de petites loges du volume d'un œuf de poule, qui avaient encore tout à fait la consistance du fibrome.

Certains kystes ovariens, même volumineux, peuvent donc parfaitement, à une période de leur développement, être confondus *à la palpation* avec une tumeur fibreuse de l'utérus. La confusion sera plus facile encore si, comme dans notre cas, la tumeur est médiane et coexiste avec des métrorrhagies abondantes. C'est pour souligner en passant un fait de ce genre que la publication de cette observation m'a paru offrir quelque intérêt.

UN CAS D'ASTIGMATISME HYPERMÉTROPIQUE CONSIDÉRABLE ET SIMULANT L'AMAUROSE, SURVENU A LA SUITE D'UNE BRULURE DU TIERS INTERNE DE LA CORNÉE.

M. le docteur Grandclément a vu hier un ouvrier dont le tiers interne de la cornée a été brûlé, il y a huit mois, par de la fonte en fusion.

Aux lieu et place de la brûlure existe aujourd'hui une cicatrice ou plutôt une sorte de plaque charnue très vascu-

Digitized by Google

laire qui se réenflamme souvent et gêne beaucoup cet homme pour son travail.

Mais ce qui est extraordinaire dans le cas actuel, c'est que le malade, malgré une transparence parfaite du reste de la cornée (centre et partie externe), accuse une cécité presque complète.

Craignant une simulation dans le but d'obtenir quelque attestation en vue d'un procès, M. Grandclément examine l'intérieur et le fond de l'œil avec l'ophtalmoscope; bien lui en prit, car la forme ovoïde très marquée de la papille optique le mit sur la voie d'un état astigmatique de l'organe.

En effet, un verre cylindrique + 3 dioptrie axe vertical, rétablit à peu près complètement l'acuité visuelle normale. Or cet œil voyait très bien avant l'accident.

Voilà donc un astigmatisme hypermétropique très élevé et très régulier créé de toutes pièce par une plaie en surface de la partie interne de la cornée.

Très surpris de ce fait, M. Grandclément pense pouvoir l'expliquer par la traction que la cicatrice interne exerce sur le diamètre transversal de la cornée. Si cette explication est la véritable, il espère que la dissection de cette sorte de ptérygion traumatique, qu'il vient d'exécuter, rendra à la cornée sa régularité, au moins en partie.

Il a cru devoir signaler ce cas très rare d'un astigmatisme élevé et très régulier, d'origine traumatique, à la suite d'un traumatisme en surface.

VÉGÉTATIONS DU VAGIN ET DU COL UTÉRIN.

M. Aubert, à propopos d'une malade qu'il a opérée le matin dans son service, de végétations implantées sur le vagin et le col utérin, signale la rareté de faits analogues. Les végétations du vagin et surtout du col sont exceptionnelles. Il n'a encore vu que deux cas. Le diagnostic n'est pas difficile, la sensation fournie par le toucher est râpeuse, rugueuse, ne rappelant en rien la sensation fournie par une tumeur.

Digitized by Google

Le traitement est assez difficile à appliquer. Le râclage, méthode de choix pour les végétations de la vulve, à condition de bien tendre les tissus, car leur laxité rend le râclage illusoire et pénible, est très difficile à pratiquer dans le vagin et sur le col. Dans ces points il vaut mieux employer le thermocautère.

Quant aux végétations sèches du haut des cuisses, le râclage ne réussit pas, l'excision avec les ciseaux est la méthode préférable.

M. Goullioud demande si ces végétations du vagin et du col coïncident avec les végétations vulvaires.

M. Aubert. Oui, mais dans les deux cas en question ces dernières étaient insignifiantes.

M. Marduel demande à M. Aubert si elles étaient nombreuses, et pour quelle cause il est intervenu.

M. Aubert. Elles étaient peu nombreuses, par groupes isolés. Il les a enlevées en considération de la profession des femmes chez lesquelles il les a observées. C'étaient des filles publiques, et les végétations sont contagieuses, constituent en réalité une maladie vénérienne.

ENCHONDRO-FIBROME DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

M. G. Roux, interne suppléant, présente un enchondro-fibrome de la lèvre supérieure enlevé par M. le prof. Poncet.

Il s'agit d'un fibro-chondrome, du volume d'une grosse noix développé dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, chez un homme âgé de 76 ans.

Le début remonte à une vingtaine d'année, et depuis sept ans il s'est accru brusquement.

Voici, du reste, l'observation complète de ce malade :

R. P..., âgé de 76 ans, exerçant la profession de cultivateur, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Poncet, le 15 janvier dernier, pour une tumeur de la lèvre supérieure dont il devait être opéré.

Il s'agit d'un homme vigoureux dans le passé duquel on ne trouve aucun antécédent pathologique.

Digitized by Google

Il y a vingt ans environ, sans cause appréciable, serait survenue, dans la lèvre supérieure du côté gauche, à peu près à égale distance du lobe médian et de la commissure, au voisinage du bord libre, une petite tumeur située, au dire du malade, immédiatement au-dessous de la muqueuse. Elle n'était le siège d'aucun malaise, d'aucune douleur, et pendant douze à treize ans elle conserva ses caractères.

Pendant toute cette période, elle ne dépassa pas le volume d'un gros haricot. Depuis sept ans elle s'est accrue insensiblement pour atteindre le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Actuellement, la lèvre supérieure du côté gauche est le siège d'une tuméfaction notable; elle paraît soulevée comme si on avait interposé entre sa face postérieure et le bord alvéolaire un tampon de coton du volume d'une noix. La tumeur remonte par en haut au-dessus de la narine gauche, la peau qui la recouvre a ses caractères normaux, elle glisse sur elle, aussi bien que la muqueuse correspondante. Elle est d'apparence bosselée et présente une consistance uniforme, dure, élastique. En aucun point on ne trouve de fluctuation; elle est du reste indolente dans toute sa masse et n'entraîne aucune gêne fonctionnelle légère.

Il n'existe pas de ganglions sous-maxillaires. En tenant compte des caractères de la tumeur, de sa marche relativement très lente, sa mobilité au milieu des tissus qui l'enclavent, enfin de son point de départ sous-muqueux, M. le prof. Poncet porta le diagnostic de *fibro-enchondrome*, très-probablement développé aux dépens du tissu glandulaire sous-muqueux. Il assimila cette tumeur à celle beaucoup plus fréquente de la région parotidienne développée aux dépens de la glande parotide, et encore à des tumeurs de même nature qu'il a plusieurs fois rencontrées dans la glande sous-maxillaire.

Opération le 19 janvier, le malade étant endormi. Pour éviter une cicatrice extérieure, on pratique sur la muqueuse, à quelques millimètres au-dessus du bord libre, une incision de 6 à 7 millimètres répondant au grand axe de la tumeur.

Digitized by Google

Cette dernière est enkystée, complètement indépendante des tissus voisins, et son ablation par décortication avec le doigt se fait avec la plus grande rapidité. Hémostase complète. Suture des lèvres de la plaie.

L'examen anatomo-pathologique, pratiqué dans le laboratoire de M. le prof. Renaut, nous a révélé les particularités suivantes :

La tumeur est constituée par du tissu fibreux et du tissu cartilagineux. Ce dernier se rencontrant sous ses deux formes de cellules cartilagineuses encapsulées et ramifiées.

LUXATION DOUBLE DE LA ROTULE D'ORIGINE SPONTANÉE.

M. le docteur Ch. Aurry, chef de clinique chirurgicale, présente une fillette qui a été envoyée par M. le prof. Bondet dans le service de M. le prof. Ollier.

Il s'agit d'une enfant âgée de 11 ans et demi, qui présente une luxation double de la rotule d'origine spontanée.

Celle-ci est déplacée en dehors des deux côtés. La luxation s'est produite spontanément. Les parents disent qu'ils ne se sont aperçus d'aucune anomalie jusqu'à ce que la fillette ait atteint l'âge de sept ans. Elle ne présente d'ailleurs aucun antécédent.

A l'âge indiqué, elle a commencé à boiter de la jambe droite et elle se plaint de souffrir un peu du genou droit quand elle est fatiguée.

Actuellement on constate ce qui suit :

Genou droit : la rotule, dont les dimensions paraissent à peu près normales, est complètement déplacée sur la face externe du condyle externe.

L'extension complète de la jambe sur la cuisse est impossible. Cela semble dû à ce que la partie antérieure du plateau tibial paraît augmentée de volume. D'autre part, il existe un déplacement du tibia qui a tourné autour de son axe vertébral, de telle sorte que le condyle interne tibial est report

Digitized by Google

un peu en dehors, tandis que la totalité du plateau est attirée en avant.

En aucune position, on ne peut ramener la rotule à sa position normale. L'enfant boite de la jambe droite parce qu'il ne peut l'étendre en marchant, et la jambe reste fléchie à 90° environ ; d'autre part, elle est souvent obligée de prendre un point d'appui sur la cuisse, avec la main, comme si le triceps crural ne pouvait plus fonctionner, et en effet, on voit que la malade ne peut pas étendre la jambe sur la cuisse lorsqu'elle est étendue sur le dos.

Genou gauche : la rotule est reportée sur la face externe du condyle externe. Mais dans l'extension on arrive à la ramener jusqu'au devant du condyle externe. Elle revient en dehors aussitôt qu'on commence à fléchir la jambe. Ici, les grandes surfaces articulaires du genou paraissent normales; l'extension s'opère complètement, et la malade se sert de son membre inférieur d'une façon à peu près normale.

De l'un et de l'autre côté la face antérieure de la rotule regarde en dehors, et cet os ne présente pas de rotation sur son axe vertical.

On ne découvre rien qui permette de songer à une paralysie infantile. L'enfant est intelligente et bien développée, quoique petite. Pas de rachitisme.

LÉSION DU TIBIA AVEC DÉPLACEMENT DE LA ROTULE DÉTERMINÉE PAR UNE INJECTION DE STREPTOCOQUES PUERPÉRAUX.

M. Louis Dor, interne des hôpitaux, présente un lapin auquel, avec M. le Dr A. Pollosson, il a fait subir des injections de streptocoques puerpéralisés, et qui présente une lésion analogue, sinon identique, à celle présentée par le malade de M. Audry.

M. Pollosson faisait dans le laboratoire de M. Léon Tripier des inoculations de streptocoque puerpéral dans le sang de quelques lapins, et malheusement il ne pouvait pas donner

Digitized by Google

à coup sûr aux animaux les symptômes que l'on est habitué à observer en pareille circonstance.

Cela tenait à ce que les cultures étaient peu virulentes, probablement à cause de la médiocre qualité du bouillon. Un des lapins inoculés au mois de novembre a présenté à la fin de décembre subitement une paralysie complète de la jambe gauche.

Au bout de quelques jours, certains mouvements avaient apparu de nouveau dans ce membre, mais il subsistait encore de la paralysie de quelques muscles.

En même temps, nous avons observé que le genou gauche prenait un développement tout à fait anormal.

La première idée qui nous vint était qu'il s'agissait d'une arthrite ; mais les mouvements de l'article restaient normaux, et n'étaient pas douloureux ; nous n'avons pas tardé à remarquer que toute la lésion portait sur les extrémités osseuses, et qu'il se produisait une hyperostose des condyles du fémur et du plateau tibial. Cette hyperostose eut pour effet de produire une déviation du genou qui ressemblait un peu à du genu valgum, mais qui n'avait rien de particulier; qu'indépendamment de la déviation du tibia, il y avait encore une torsion de cet os autour de l'axe longitudinal.

La rotule se luxa ou du moins pouvait être luxée facilement en dedans.

Actuellement, la lésion ne cesse de progresser, et certainement le diamètre transversal des condyles du côté malade est double du diamètre normal.

Le tibia est tourné en dedans, de sorte que l'extrémité du membre dans sa partie qui correspond au pied est déviée en dedans.

S'agit-il d'une lésion d'ordre trophique due à une myélite, ou s'agit-il d'une lésion locale ? c'est ce que nous ne pouvons pas dire.

Cependant, nous savons d'après les expériences de Raps que le streptocoque puerpéral atténué occasionne des myélites, et d'autre part, nous rappelons que notre animal a eu

Digitized by Google

des phénomènes qui ressemblaient un peu à une paralysie infantile.

L'existence d'une myélite est au moins probable ; néanmoins, il n'est pas impossible d'admettre qu'il y a eu en même temps une myélite et une localisation du microbe sur une articulation qui se trouvait dans des conditions de résistance moindre.

GOMME DU MÉAT URINAIRE.

M. Pauly, interne des hôpitaux, présente deux malades du service de M. Cordier.

L'un, à son entrée à l'Antiquaille, offrait une induration du méat, indolente, datant d'un mois, accompagnée d'un engorgement des ganglions de l'aine des deux côtés. On ne pouvait manquer, en face de ces symptômes, de penser à un chancre syphilitique.

Mais l'interrogatoire apprit que le malade avait eu un chancre syphilitique il y a vingt ans. D'autre part il avait, en décembre 1889, présenté un accident semblable pour lequel il avait été traité à l'Antiquaille et qui guérit très bien par l'iodure de potassium. En sorte qu'il s'agit là d'une gomme du méat avec adénite inguinale tertiaire, simulant un accident primitif.

RÉINFECTION SYPHILITIQUE.

Le second malade que présente M. Pauly est un exemple de réinfection syphilitique.

Il a eu un chancre du frein et un chancre de la lèvre en 1877 ; puis de l'alopécie et plusieurs poussées de plaques muqueuses. Il a été, à cette époque, soigné à l'hôpital d'Alger, où deux médecins l'ont successivement examiné et lui ont fait suivre pendant six semaines un traitement mercuriel. Cette première syphilis est silencieuse depuis huit ans.

Il s'est présenté, il y a quelques jours, à l'Antiquaille,

Digitized by Google

avec des lésions secondaires datant de deux mois : plaques muqueuses des lèvres, des gencives, du voile du palais, des ailes du nez, du scrotum et de l'anus ; syphilide pigmentaire du cou ; lymphangite secondaire aux deux cuisses, adénopathie généralisée.

Comme accident primitif, on trouve sur la joue gauche deux cicatrices qui ont succédé à des noyaux durs, apparus au mois de septembre dernier et qui n'ont pas suppuré. L'une de ces cicatrices est encore indurée.

M. Aubert croit qu'il est difficile d'établir un signe absolu permettant d'affirmer que l'ancienne infection était bien syphilitique. Après un grand nombre d'années, les renseignements fournis par le malade peuvent éveiller au moins un doute.

M. Icard Il faudrait rechercher sur les registres de l'hôpital militaire d'Alger où ce malade a été soigné le diagnostic antérieur. Ce fait est trop important pour négliger un pareil moyen de renseignement.

M. Cordier. Ce malade a eu deux chancres. A été vu déjà à Alger par deux médecins qui ont posé le même diagnostic. On s'informera à Alger, mais la réponse est certaine. Le malade est resté en traitement pendant six mois. La syphilis antérieure est donc incontestable. M. Cordier connaît plusieurs cas peut-être douteux de réinfection syphilitique, dans le cas présent sa conviction est entière et le doute impossible.

OSTÉO-SARCOME DU TIBIA.

M. Chapuis, interne provisoire, présente une pièce pathologique concernant une malade de M. Poncet, qui fut amputée de la cuisse pour un ostéo-sarcome du tibia droit. C'est une jeune femme de 25 ans, mariée, mère de deux enfants bien portants, dont le plus jeune a six mois. Chez les ascendants et les collatéraux, rien de semblable à la tumeur actuelle, pas d'affection cancéreuse non plus. Comme antécédents susceptibles d'être rattachés au néoplasme tibial, une chute, il y a deux ans ; chute en arrière avec entorse légère du genou et du cou-de-pied droits, et qui a laissé pendant plus d'un an de la douleur dans toute la jambe avec un peu de gêne dans la marche.

Le début *apparent*, marqué par un noyau dur et d'abord

Digitized by Google

indolore, ne date que de quatre mois. De la partie supéro-interne du tibia, où elle était apparue, cette tuméfaction se développa rapidement en épaisseur et en hauteur, et devint vite très douloureuse, chaude, comme enflammée, gênant de plus en plus les fonctions du membre. L'alitement devint obligatoire il y a quatre semaines, et depuis la malade n'a pu se lever du lit.

Le jour de son entrée à Saint-Paul, 1er février, la tuméfaction osseuse bien limitée, séparée de l'os sain par un ressaut brusque; la douleur très vive à l'exploration, la crépitation parcheminée très nette, l'intégrité de la diaphyse et de l'articulation du genou, tous ces signes font aisément le diagnostic d'ostéo-sarcome. Sarcome périostique ou central? Une fracture spontanée, reconnaissable à l'impotence *absolue* de la jambe, à l'extrême douleur qui accompagne le moindre mouvement provoqué, et à un certain degré de déformation à l'union des parties malades et des parties saines, fait penser qu'il s'agit très probablement d'un sarcome central.

Le 2 février, amputation de la cuisse au tiers inférieur. L'examen du tibia a pleinement confirmé le diagnostic. Le néoplasme central s'énuclée facilement d'une coque solide que lui constituent : latéralement l'os périphérique et le périoste respectés, en haut les plateaux du tibia recouverts de leurs cartilages et également indemnes. Le sarcome est immédiatement sous-articulaire; par en bas, il envoie dans le canal médullaire de la diaphyse un prolongement myélogène. Sur une coupe, coloration blanc rosé et consistance fibreuse. A la partie inférieure du renflement sarcomateux est un orifice irrégulier fait de dedans en dehors par la tumeur térébrante; c'est là que siège le foyer de la fracture pathologique.

En résumé, il s'agit d'un sarcome central très vraisemblablement un sarcome fuso-cellulaire de l'épiphyse supérieure du tibia dont le point de départ doit être dans la région juxta-épiphysaire. Il est remarquable par cette coque d'os sain et dur lui tenant lieu de l'enveloppe fibreuse habituelle,

Digitized by Google

par sa marche rapide, par sa nature très maligne, si l'on en juge par la fracture qu'il a produite en trois mois, par l'amaigrissement considérable de la malade, malgré le jeune âge de la tumeur.

Le seul traitement à lui opposer était l'intervention qui a été faite hier par M. le professeur Poncet.

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DU SINUS CAVERNEUX ET DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE.

M. Durbesson présente un malade provenant du service de M. le Prof. Gayet.

Michel C..., 19 ans, tailleur de pierres.

Le 10 février 1891, il se tire quatre coups de revolver dans la bouche. Hémorrhagie par la bouche et le nez. Déviation de la mâchoire à droite.

Du côté des yeux : *a*) à gauche, exophtalmie et diminution très marquée de la vision ; *b*) à droite, gonflement et rougeur des paupières.

Après un mois de soin dans le service de M. le Prof. Poncet le sujet est sorti ne gardant plus qu'un peu d'exophtalmie et de la diminution de la vision à gauche ; plus rien à droite.

Pas de renseignements précis sur les projectiles.

Pendant les cinq mois suivants, amélioration progressive de la vision et disparition complète de l'exophtalmie à gauche. Le malade peut s'engager au 1ᵉᶜ zouaves.

Mais *depuis son incorporation*, apparition d'une exophtalmie progressive à droite sans autres troubles visuels que de la diplopie en décembre 1891 et janvier 1892, diplopie n'existant plus aujourd'hui. Depuis juillet, battements gênant le sommeil et quelquefois douleurs vives irradiées dans les diverses branches des trijumeaux.

Aucun signe de tumeur cérébrale.

Réformé le 28 janvier 1892.

État actuel : Protrusion et abaissement de l'œil droit.

Digitized by Google

Veinosités cutanées peu accentuées sur la paupière supérieure. Injection conjonctivale.

Vers l'angle supéro-interne de l'orbite : *a*) du 5 au 9 février, on percevait seulement des battements faibles isochrones au pouls et un souffle doux combinés avec renforcement systolique se propageant jusqu'à la région occipitale ; *b*) Depuis le 9 février, on a en outre un thrill extrêmement net disparaissant par la pression la plus légère, mais remplacé alors par des battements bien plus accusés que les premiers jours.

La compression de la carotide fait cesser à peu près complètement les battements et le thrill tant pour le malade que pour l'observateur. Pupilles égales et réagissant bien. La compression réduit en partie l'exorbitis.

Rien à l'examen extérieur de l'œil gauche.

Examen ophtalmoscopique : Œil droit : papille très rouge, paraissant animée de battements ; veines grosses et tortueuses. — Œil gauche : papille très blanche ; vaisseaux petits.

Examen fonctionnel : A l'optomètre de Badal : Œil droit : emmétrope. — Œil gauche : myopie d'1 D.

Acuité totale : Œil droit : 9/10. — Œil gauche : 9/10.

Épreuve d'Holmgren : L'œil droit droit et l'œil gauche distinguent très bien les couleurs.

Depuis l'entrée du malade les veinosités conjonctivales se sont accentuées, le thrill a fait son apparition, l'exorbitis a augmenté. En somme, la lésion est en voie d'accroissement.

Le diagnostic porté est : « Anévrysme artério-veineux siégeant probablement au niveau du sinus caverneux et de la carotide interne. »

M. Gayet constate l'intérêt de ce cas pathologique. Plusieurs hypothèses sont possibles en effet pour expliquer les accidents. S'agit-il d'une action directe ou indirecte des projectiles ? Il ne sait rien sur le nombre de ceux-ci. L'arme était certainement mauvaise, mais il est curieux de voir d'un côté (œil gauche) le système nerveux lésé, et de l'autre (œil droit) le système vasculaire blessé. Peut-être s'agit-il simplement d'une esquille ayant perforé le sinus et l'artère.

Digitized by Google

Dans un autre cas il avait vu des phénomènes analogues produits par un traumatisme sur la région orbitaire. Ce malade, du nom de Bovagnet, avait des accidents graves, de l'exorbitisme, des pulsations orbitaires, etc. On pensa pratiquer la ligature de la carotide, quand un beau matin on n'entendit plus rien d'anormal (plus de souffle, plus de thrill). Le malade a guéri, et l'œil redevint presque identique à l'autre.

Un fait de ce genre doit faire réfléchir singulièrement avant de porter un pronostic grave pour le malade présent. Chez ce dernier, il s'est écoulé plus de huit mois entre le coup et l'exorbitisme. Ceci prouve le changement survenu dans le volume des vaisseaux de l'orbite. Depuis quatre mois les phénomènes vasculaires deviennent prépondérants. Au début, il avait pu être pris au conseil de révision. Les phénomènes pathologiques surtout appréciables étaient de nature nerveuse et siégeaient à gauche. Il existait probablement une compression du nerf optique de ce côté et une atrophie papillaire en fut la conséquence.

Mais depuis l'exorbitisme s'est prononcé, l'orbite a dû se remplir par une poche pulsatile. Est-ce une poche ou simplement un développement variqueux. Cette dernière hypothèse est vraisemblable, car l'œil est comme on peut le voir surtout abaissé, et les veines de la partie supérieure de l'orbite ont dû se dilater.

Il faut cependant remarquer que depuis huit jours les phénomènes s'aggravent. La tumeur change d'aspect de jour en jour. L'exorbitisme a augmenté sensiblement ces derniers temps. Le thrill, le souffle se sont produits.

Il y a à peine huit jours, le souffle perceptible était doux, systolique, isochrone au pouls, pouvant faire penser à un anévrysme artériel simple.

Le surlendemain, à l'angle de l'orbite on sentit le thrill, très net, mais disparaissant à la pression la plus légère.

Peut-être est-ce une branche de l'artère ophtalmique qui est en cause.

L'affection s'accentuera probablement. Le frémissement s'étendra et peut-être aussi les varicosités.

Faut-il intervenir ? La question est très délicate puisque nous venons de rappeler que Bovagnet avait guéri spontanément. Dans un autre cas, M. Gayet et M. L. Tripier avait porté le diagnostic d'anévrysme artério-veineux sans exorbitisme. Le malade mourut et à l'autopsie on ne trouva absolument rien.

M. Mayet demande ce que donnerait la compression digitale de la carotide primitive.

M. Gayet. Elle est difficile et mal supportée. Il vaut mieux ou ne rien faire ou lier de tous les côtés, car la tumeur est dans ces cas très difficile à aborder.

M. Vallas. On pourrait comprimer au niveau du point dont la compression légère arrête le thrill. On a signalé des succès dans ce sens.

Digitized by Google

M. Gayet. Si on interrompt le thrill, les battements persistent. Il est possible qu'il s'agisse de faits purement physiques, à interprétation très problématique.

ANKYLOSE DE LA MACHOIRE; RÉSECTION DES CONDYLES.

M. Vallas présente un malade qu'il a opéré pour une arthrite ankylosante double de la mâchoire inférieure. Il a pratiqué la résection des deux condyles en ménageant le nerf facial.

Il a encore été obligé de morceler la branche osseuse pour donner plus de jeu aux mouvements. Le malade peut mastiquer, mais ne peut fermer complètement la bouche. Il serait nécessaire pour obtenir un meilleur résultat de suivre le malade et de lui faire porter un appareil en forme de fronde faisant basculer le menton en haut pendant que l'interposition de rondelles plus ou moins épaisses entre les dernières molaires favoriseraient le mouvement de levier.

Le malade veut partir, trouvant son état bien satisfaisant.

M. Gangolphe ne croit pas que même avec un appareil on puisse complètement modifier l'état actuel qui est déjà un très beau résultat. Il profite de l'occasion qui lui est offerte pour rappeler l'histoire d'un malade qu'il avait opéré il y a environ un an pour un sarcome de la mâchoire inférieure. Il avait pratiqué la désarticulation temporo-maxillaire, enlevé la moitié correspondante de l'os et fait placer un appareil prothétique. Le malade avait été montré à la Société le 13e jour après l'opération. Depuis ce temps il porte son appareil. On avait objecté à M. Gangolphe la possibilité d'une récidive favorisée par le port de la pièce artificielle. M. Gangolphe est heureux de constater qu'il n'en a rien été, le malade, qui lui a donné récemment de ses nouvelles, mange du pain, de la viande, mastique bien et ne présente aucune récidive.

M. Gayet demande à M. Vallas si la fronde peut réellement favoriser le retour de la souplesse des muscles, en facilitant les mouvements de levier. Au bout d'un an aurait-on une amélioration bien sérieuse ?

M. Vallas ne voudrait faire porter cet appareil que pendant la période de réparation pour empêcher une déformation plus grande de se produire.

Digitized by Google

M. Mayet. L'altération probable des muscles consécutive à l'arthrite et à l'ankylose, qu'il s'agisse d'une atrophie ou d'une contracture, rend très peu certain un retour parfait des mouvements.

SUR UNE OSTÉO-ARTHRITE HYPERTROPHIQUE INFECTIEUSE PRODUITE EXPÉRIMENTALEMENT CHEZ LE LAPIN;

Par Louis Dor, interne des hôpitaux.

Au mois de février 1890, notre collègue et ami Rivière nous apporta dans un flacon stérilisé un ganglion inguinal extirpé avec toutes les précautions antiseptiques dans le service de M. Aubert. Ce ganglion provenait d'un malade atteint de lupus de la jambe ou tout au moins d'un ulcère un peu anormal, et M. Aubert voulait savoir si nous obtiendrions par l'inoculation une tuberculose chez le cobaye ou le lapin.

Nous avons entrepris de faire des cultures en bouillon, en même temps que nous inoculions des parcelles du ganglion à un cobaye et à un lapin.

Les cultures ont poussé et ont troublé le bouillon au bout de quelques jours, puis ont donné un dépôt assez abondant. Les animaux sont morts en quelques jours, et nous avons trouvé dans leur sang le même microbe que celui qui poussait dans nos bouillons.

A l'autopsie des animaux nous n'avons trouvé aucune lésion macroscopique. Au lieu de l'inoculation il y avait un peu de pus ; les ganglions inguinaux étaient tuméfiés, la rate avait son volume normal.

Il est possible et même probable que le microbe que nous avions trouvé dans le ganglion y avait pénétré parce que le lupus s'était comporté comme une plaie ouverte. Nous ne savons pas ce qu'est devenu notre malade. Nous ne parlerons donc plus de l'origine de notre culture, nous avons seulement voulu indiquer les conditions dans lesquelles nous l'avons obtenue.

Au mois de mai, au cours d'autres expériences qui n'ont

Digitized by Google

aucun rapport avec notre sujet, nous avons injecté dans la veine auriculaire de deux lapins neutres du poids de 2400 gr., 1/4 de seringue de notre culture. Ces deux lapins furent à peine indisposés et au bout de quelques jours ils avaient repris tout leur entrain.

Nous les avons laissés à la campagne pendant un an.

Au mois de mai 1891 nous nous sommes aperçu que tous les deux avaient les genoux très volumineux, on sentait une augmentation considérable des extrémités fémorales et tibiales. Les mouvements de l'articulation étaient normaux et ne paraissaient pas douloureux, les animaux n'avaient pas de fièvre, leur état général était excellent ; il était évident qu'il s'agissait, non pas d'une arthrite infectieuse aiguë, mais d'une ostéo-arthropathie chronique.

Au mois de juin 1891, comme nous devions nous absenter pour quelques semaines, nous avons tué ces deux lapins et nous avons mis leurs extrémités postérieures dans l'alcool. A l'autopsie des lapins nous n'avons trouvé aucune autre lésion que celle des genoux.

Au mois de septembre nous avons examiné de nouveau les pièces et voici ce que nous avons constaté :

Les muscles ne paraissaient pas avoir subi d'atrophie. La synoviale articulaire était épaissie. Les surfaces osseuses articulaires étaient dépourvues de leur cartilage de revêtement, l'os était dénudé. Ce qui nous a frappé tout d'abord a été la présence de saillies anormales, véritables hyperostoses développées principalement aux dépens des éminences normales et sur lesquelles s'insèrent les muscles. La forme des condyles du fémur et de l'épiphyse tibiale était absolument altérée, cependant avec un peu d'attention on pouvait encore reconnaître ce qui appartenait à la déformation des surfaces et ce qui dépendait au contraire de productions surajoutées.

On sait qu'il existe dans l'articulation du genou chez le lapin trois os sésamoïdes dont deux reposent au moyen de cartilages sur les deux condyles du fémur et le troisième sur le condyle externe du tibia ; or, ces os sésamoïdes avaient subi également une hypertrophie notable.

Digitized by Google

En somme, il s'était developpé chez nos lapins une ostéo-arthrite hypertrophique d'une nature tout à fait spéciale et qui nous a fait penser à l'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique ; mais l'examen microscopique nous démontrera qu'il n'y a pas lieu d'identifier ces deux affections.

En effet, on trouvera dans la thèse récente du docteur Duchesneau (*Acromégalie*, Lyon, 1891) une description microscopique des lésions osseuses de l'ostéo arthropathie de Marie, et ce que nous avons observé n'est pas pareil à ce qu'a vu Duchesneau dans des préparations contrôlées par M. le professeur Renaut.

Dans nos coupes ce qui nous a le plus frappé a été la lésion de la moelle osseuse. Celle-ci présente une prolifération active en certains points, mais dans la plus grande quantité de nos coupes ce qui domine est l'infiltration de la moelle par d'innombrables vésicules adipeuses. Nous avons trouvé ces cellules graisseuses, non seulement dans les condyles et dans les hyperostoses, mais même dans les os sésamoïdes péri-articulaires. Les altérations des cartilages sont également fort intéressantes. En effet, si le cartilage a disparu par places, il y a des points au contraire où il est beaucoup plus épais que normalement, mais il n'a pas conservé son aspect, et s'est transformé en fibro-cartilage.

Telles sont les principales constatations que nous avons faites dans les coupes.

Nous allons voir maintenant quel est le microbe qui a déterminé la lésion.

Dans le bouillon nous avons cru tout d'abord qu'il s'agissait d'un staphylocoque, et si nous n'avions eu que les cultures liquides nous aurions pensé que nous étions vraisemblablement en présence du staphylocoque pyogène, cependant si l'aspect de la culture elle-même rappelait le staphylocoque pyogène il n'en était plus de même lorsqu'on pratiquait un examine microscopique. En effet, nous n'observions que des diplococci constitués par des éléments un peu plus petits que les staphylocoques.

Digitized by Google

Nous avons pratiqué un ensemencement dans différents milieux et nous avons constaté au premier abord qu'autant il était facile de faire des cultures en bouillon, autant il devenait difficile d'obtenir des cultures sur les substances nutritives solides.

Nous avions même perdu tout espoir de voir un développement quelconque dans d'autres milieux que le bouillon, lorsque subitement, un mois après un ensemencement sur gélatine nous avons vu se développer très rapidement des colonies jaunâtres rappelant la couleur du staphylocoque doré, mais qui présentaient ce caractère différentiel de se développer à la surface sous forme de gouttelettes saillantes d'aspect cireux et de ne pas liquéfier la gélatine. Les cultures ensemencées en profondeur par piqûres sont restées stériles ; seules celles qui avaient été ensemencées en surface ont poussé.

En examinant alors au microscope ces colonies nous avons constaté à notre étonnement que nous étions en présence de fins bacilles.

Nous nous sommes assuré en recommençant de nouveaux ensemencements qu'il ne s'agissait pas d'une impureté, et dans notre seconde série, nous avons vu aussi le développement commencer au bout d'un mois et la culture prendre le même aspect que les premières.

Nous ne savons pas si nous sommes en présence d'un microbe non décrit, ou si, au contraire, nous avons retrouvé le *staphylococcus cereus flavus* de Passet, en remarquant que ce soi-disant staphylocoque n'est en réalité qu'un bacille.

Nous pensons que ce microbe serait mieux baptisé *bacillus aureus cereus*, mais si par hasard un jour ce bacille retrouvé par d'autres bactériologistes devait prendre une certaine importance nous voudrions qu'il portât le nom de notre maître Léon Tripier dont la mort récente nous a si cruellement frappé, et dans le laboratoire duquel ce travail a été fait sous sa bienveillante direction.

Digitized by Google

PNEUMONIE TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DE FOCHIER.

M. le professeur LÉPINE fait une communication sur le traitement d'une pneumonie par la méthode que M. le professeur Fochier a préconisée pour localiser la virulence d'un microbe pyogène. M. Fochier dans la septicémie puerpérale avait réussi à localiser la virulence du streptocoque et à l'épuiser pour ainsi dire en provoquant des abcès sous-cutanés par l'injection d'essence de térébenthine stérilisée. M. Lépine a utilisé cette méthode dans un cas désespéré de pneumonie aiguë, alors que l'hépatisation grise était à son début et que la maladie arrivée au douzième jour ne faisait qu'empirer. Le malade était au plus mal lorsqu'on fit sous la peau aux quatre membres, avec une seringue de Pravaz, une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine. Le soir, la température s'éleva de 2/10e de degré (39°,3). Le lendemain matin, empâtement un peu douloureux, diffus à la place où avaient été faites les injections. La température n'était à ce moment que de 38°,7 ; le soir 38°,5.

Les jours suivants, l'empâtement phlegmoneux au niveau des piqûres s'accentue davantage. Les phlegmons en sont la cause sans doute, car le jour même où on les incisa, le 2 février (18e jour de la maladie), la température tomba définitivement au-dessous de 38°. Quant à l'hépatisation du poumon droit, elle s'est progressivement résolue.

Le malade a guéri. Est-ce par suite du traitement préconisé, est-ce une simple coïncidence ? Des faits plus nombreux sont nécessaires ; mais M. Lépine croit qu'on est autorisé à renouveler des tentatives de ce genre lorsqu'on se trouve en présence d'un pneumonique arrivé au 12e jour de sa maladie, alors qu'il n'y a pas d'espérance de voir survenir la crise favorable.

A quelle période de la maladie faut-il intervenir ? On ne peut donner de règle encore, mais M. Lépine ne croit pas qu'il faille agir de bonne heure.

Digitized by Google

M. Arloing. L'explication donnée par M. Lépine est très acceptable, bien qu'hypothétique. On sait néanmoins d'une façon certaine aujourd'hui que les microbes de la suppuration agissent, non pas mécaniquement, mais par les produits solubles qu'ils sécrètent. On sait aussi que des abcès peuvent se produire sous l'influence d'agents irritants stérilisés. Dans un cas M. Arloing a obtenu des pus d'un aspect particulier et rappelant l'empois cuit.

Certaines substances réagissent donc dans les tissus comme les produits secretés par les microbes, et il se peut que l'organisme se trouve comme imprégné par ces substances qui seraient vaccinantes par rapport à la substance sécrétée par le microbe à atténuer.

Dans le cas de M. Lépine il faudrait savoir à quel microbe on avait affaire.

Dans certains pus d'abcès de fixation, M. Arloing a trouvé le streptocoque puerpéral. Si la pneumonie avait été causée par un agent de la suppuration, le fait de M. Lépine serait très possible ; mais, même dans le cas où il s'agirait du pneumocoque, peut-être que ce dernier sur un organisme modifié par la substance nouvelle introduite, et modifié par la maladie, pourrait-il produire du pus. Ce ne sont là que des hypothèses, mais très légitimes.

UN CAS D'ACROMÉGALIE.

M. Bard communique l'observation d'une acromégalique. La malade présente des troubles de la vue causés par la tuméfaction de la glande pituitaire qui comprime le chiasma.

M. Bard a pratiqué sur la malade des injections sous-cutanés de suc de glande pituitaire de lapin, mélangé à de la glycérine, suivant les idées et les procédés de M. Brown-Séquard.

M. Bard n'a pas eu d'accident et compte essayer le suc de glande pituitaire de mouton et de bœuf.

Avant de pratiquer cette opération sur la malade, il s'était assuré sur les animaux de son innocuité, et de plus avait obtenu très facilement de la malade découragée son assentiment.

M. Dor, qui a vu la malade, a constaté l'hémiopie nasale double. Ce symptôme permet de diagnostiquer la compression du chiasma optique par la glande pituitaire hypertrophiée. Cette hypertrophie n'avait encore été signalée et constatée qu'à l'autopsie.

Digitized by Google

RÉTENTION DES RÈGLES PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN.

M. Adenot rapporte l'observation d'une jeune fille âgée de 13 ans 1/2 qu'il a soignée ces derniers jours pour un hématocalpas opéré par le docteur Marduel. Le premier symptôme observé par la malade fut en réalité une rétention brusque des urines. Depuis quelques mois elle se rappelle bien il est vrai avoir souffert quelquefois de coliques légères, vagues, mais sans caractère de périodicité appréciable. Le cathétérisme est remarquablement facile en raison de la béance du méat urinaire qui était comme étalé. Un examen complet de la malade ne fut pas pratiqué immédiatement. La rareté de l'hématocalpas pouvait tout aussi bien permettre de supposer qu'il s'agissait d'une rétention d'urine d'origine névropathique. En outre, ces observations concernent en général des jeunes filles plus âgées.

Le lendemain, nouvelle rétention, nouveau cathétérisme. Le toucher rectal permit de constater une tumeur fluctuante, et en pressant sur l'abdomen (trop douloureux la veille pour que la palpation fournît un renseignement utile) on faisait bomber entre les lèvres l'hymen soulevé par la collection intravaginale.

L'enfant fut endormie ; l'incision de la membrane hyménéale donna issue à un litre de sang brunâtre. La poche était énorme, et pendant l'anesthésie on put facilement constater que le fond de l'utérus, qui se trouvait au niveau de l'ombilic avant l'opération, s'abaissait progressivement. Le col était d'ailleurs déformé, aplati et on eut d'autant plus de difficulté à le reconnaître au toucher que la cavité vaginale très distendue le rendait très péniblement accessible. La malade a guéri. Les suites furent simples, la température ne dépassa jamais la normale.

Ces cas d'imperforation de l'hymen sont surtout intéressants par leur rareté. Dans la même famille une cousine germaine présenta, il y a une quinzaine d'années, un accident analogue ; mais les parents refusèrent l'opération con-

Digitized by Google

seillée par le docteur Pétrequin, le vagin se rompit dans la vessie et le sang s'échappa par le canal de l'urèthre. La malade mourut.

Il y a quelques mois, le docteur Jaboulay a opéré à l'Hôtel-Dieu une jeune fille atteinte d'une imperforation vaginale située à 3 centimètres au-dessus de l'hymen, avec rétention des règles. Guérison.

M. Rendu se rappelle avoir vu autrefois à la Charité un cas analogue. Il s'agissait d'une jeune fille de 14 ans que sa mère amenait consulter parce que, disait-elle, elle n'était pas *débouchée*.

A l'inspection, la vulve était largement entr'ouverte, et entre les lèvres faisait saillie une tumeur régulièrement arrondie, lisse, tendue, à grand diamètre antéro-postérieur, rappelant tout à fait l'aspect d'une tête fœtale à la vulve, un quart d'heure ou demi-heure avant sa sortie. Cette tumeur, non douloureuse, était fluctuante. Par le rectum, on sentait le vagin distendu et de même consistance. Au palper hypogastrique il existait une tumeur remontant à deux doigts au-dessus de la symphyse pubienne et empiétait surtout à gauche de la ligne médiane.

Cette jeune fille était souffrante depuis quinze jours : douleurs au bas-ventre, dans les aines, dans les reins, presque continuelles. État général bon, pas de fièvre, mais constipation opiniâtre.

L'opération consista dans un large débridement au bistouri. Il sortit près d'un demi-litre de sang ressemblant à une crême de chocolat liquide. Aussitôt la tumeur sous-pubienne disparut. L'utérus, que l'on avait peine à atteindre tout d'abord, reprit bientôt sa position normale, et deux ou trois jours après, le col admettait encore la moitié de la première phalange de l'index. L'hymen avait 2 millimètres d'épaisseur. Lavage phéniqué vaginal. Les suites opératoires furent simples, et quelque temps après les règles vinrent normalement.

TRAITEMENT DES CHANCRES SOUS PHIMOSIS.

M. Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille, rend compte des succès qu'il a obtenus dans le traitement des chancres simples *sous-phimosiques*.

Les traitements antérieurs ont été très nombreux. Il a tout employé depuis l'expectation jusqu'aux caustiques les plus énergiques, en passant par les antiseptiques faibles et les solutions faibles de nitrate d'argent.

Digitized by Google

Le moyen qui lui a le mieux réussi et d'une façon surprenante, c'est la solution saturée de chlorure de zinc, c'est-à-dire de 50 grammes de chlorure de zinc dans 40 grammes d'eau distillée. La guérison s'obtient par ce moyen en dix et douze jours.

Les chancres sous phimosis peuvent guérir très simplement en vingt ou vingt-cinq jours. Mais ordinairement, et c'est dans ces cas surtout que le chlorure de zinc fait merveille, il existe des chancres sur le limbe du phimosis. Ces chancres par la cicatrisation augmentent la malformation et rendent la circoncision nécessaire; mais alors cette dernière peut favoriser l'éclosion de bubons secondaires chancrelleux, alors même que l'antisepsie a été bien faite et que les chancres paraissent guéris.

D'autres fois des accidents inflammatoires plus ou moins graves se produisent accompagnés d'ulcérations profondes du gland et du prépuce. Ces ulcérations du gland sont très douloureuses.

On conseille encore dans ces cas les cautérisations au fer rouge; mais alors on peut voir des bubons chancrelleux naître comme tout à l'heure secondairement.

M. Aubert, après avoir circoncis le malade, avait l'habitude de cautériser tous les chancres au fer rouge et obtenait d'heureux effets. M. Cordier n'a pas obtenu d'aussi excellents résultats, et parfois les cicatrices sont très vicieuses. Ces dernières peuvent être évitées par le traitement qu'il préconise actuellement.

Avant de pratiquer la circoncision, il fait des injections sous-préputiales avec la solution de chlorure de zinc qui a l'avantage encore de ménager les parties saines, ce qui est d'autant plus utile que l'on agit un peu aveuglément. M. Cordier laissait en contact la solution et les tissus environ pendant une minute. Cette durée est insuffisante et doit être portée à deux minutes au maximum. Dans ses premières tentatives la réunion se faisait bien par première intention, mais quelques points de suture ne se réunissaient pas et

Digitized by Google

donnaient naissance à de petites ulcérations chancrelleuses qu'il fallait cautériser ensuite.

Le procédé se résume en deux temps :

1° Lavage de la cavité préputiale avec de l'acide borique.

2° Injection dans cette cavité bien lavée d'un gramme ou deux d'une solution saturée de chlorure de zinc. La durée de l'action caustique est d'une minute au moins et de deux minutes au plus.

Nouveau lavage boriqué et circoncision immédiate.

La cautérisation au chlorure de zinc est énergique, elle détermine une sensation particulière de chaleur perçue par la main de l'opérateur.

Après l'incision du prépuce, le gland mis à nu apparaît blanchâtre, mais un lavage boriqué enlève ce dépôt superficiel et cette coloration ne persiste que sur les points ulcérés.

Il est utile de faire ressortir que l'action du chlorure ne s'accompagne que d'une douleur très supportable, et au réveil après l'opération la douleur est insignifiante. Il n'en est pas ainsi avec la cautérisation au fer rouge.

Le chlorure de zinc a l'inconvénient de causer des hémorrhagies assez abondantes pendant la circoncision, mais cet accident est en somme peu grave.

Quand on pratique la suture, il ne faut pas s'inquiéter des chancres qui viennent d'être baignés par la solution caustique. La réunion se fait par première intention même à leur niveau.

Dans les cas de chancre simple accompagnés de balanite ulcéreuse simple, non encore chancrelleuse, on peut par ce moyen causer une cautérisation un peu trop étendue, mais cela n'a pas d'inconvénient bien marqué.

En résumé, la guérison des chancres simples sous-phimosiques est par ce traitement très rapide, plus rapide même que si le chancre n'est pas sous phimosis.

M. Aubert se range à l'avis de M. Cordier. Il a été un des premiers à tenter la réunion par première intention dans la circoncision avec chancre simple ; ses résultats dus au fer rouge étaient bons, mais inférieurs

Digitized by Google

à ceux obtenus par M. Cordier. Parfois il existait des réinfections si les lavages antiseptiques n'avaient pas été très minutieux et très étendus, le virus chancrelleux pouvant persister dans les poils, sur les racines des cuisses, etc., et pouvant secondairement infecter la plaie.

Quant aux hémorrhagies, on ne les rencontre plus depuis l'antisepsie. Il se rappelle avoir autrefois constaté une hémorrhagie très intense qui avait laissé le malade presque exsangue.

M. Aubert ne ferait jamais une opération de ce genre sans anesthésie ; celle-ci est même indispensable, car la désinfection de la région infectée par le virus chancreux doit être très minutieuse si l'on veut obtenir par la circoncision un résultat élégant.

KYSTE THYROÏDIEN.

M. Nové-Josserand, interne des hôpitaux, présente un volumineux kyste thyroïdien opéré dans le service de M. le professeur Poncet.

Le malade, né de parents goîtreux et habitant lui-même le Jura, était porteur de ce goître depuis sept à huit ans. Il n'avait jamais présenté d'accidents sérieux, mais depuis quatre ou cinq mois il éprouvait par suite du volume de la tumeur une gêne assez sérieuse pour faire son travail, et c'est pour cette cause qu'il venait à l'hôpital réclamer une intervention.

L'examen du malade montrait dans la région antérieure du cou deux tumeurs thyroïdiennes, l'une droite de la grosseur d'une pomme, lisse et de consistance très dure, l'autre gauche ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus et retombant en vertu de son poids sur la paroi thoracique. Cette dernière tumeur était molle, assez nettement fluctuante, non transparente. En somme, il s'agissait d'un vieux goître ayant subi à droite une dégénérescence calcaire, et à gauche un développement considérable avec transformation kystique.

L'opération faite par M. Poncet consista dans l'incision de la tumeur kystique suivie de l'énucléation de la poche. Le liquide contenu peut être évalué à un litre ; il était clair, jaunâtre ; on trouvait dans la poche deux ou trois corps irré-

Digitized by Google

guliers de la grosseur d'une petite noix et paraissant constitués par de la fibrine. Quant à la poche elle-même, elle ne présentait pas de particularités intéressantes, si ce n'est la présence à sa surface de petites plaques calcaires indiquant une tendance dégénérative analogue à celle qui s'était produite dans le kyste du côté droit.

L'opération a été relativement facile et s'est faite sans hémorrhagie notable.

M. Poncet insiste à ce sujet sur deux points qui font l'intérêt de la communication.

1° Possibilité d'enlever par énucléation des kystes volumineux et anciens du corps thyroïde lorsque des adhérences n'ont pas été créées par des inflammations spontanées ou thérapeutiques.

2° Supériorité de l'incision large avec énucléation sur le simple drainage qui n'aurait pas permis dans un cas comme dans le nôtre d'enlever les corps étrangers contenus dans le kyste et aurait exposé à l'infection et à la persistance indéfinie d'une fistule.

TUMEUR DE LA VESSIE.

M. Rafin présente une pièce anatomique constituée par une tumeur de la vessie.

Le malade, âgé de 63 ans, signalait comme antécédents généraux une ostéomyélite aiguë de l'enfance, et comme antécédents spéciaux, une très légère blennorrhagie à l'âge de 24 ans.

Aucun signe de tuberculose ; malgré son âge, aucun symptôme de prostatisme. Avant le début de l'affection actuelle, il ne se levait jamais la nuit pour uriner.

En juin 1891, quelques jours après une poussée hémorrhoïdaire, il s'aperçut que son urine était trouble, les mictions plus fréquentes aussi bien le jour que la nuit, et un peu douloureuses.

En septembre, il pisse du sang pour la première fois. De-

Digitized by Google

puis, les hématuries sont devenues plus fréquentes, et en octobre il pisse du sang à peu près constamment ; l'hématurie n'est pas sensiblement modifiée par le repos ou la marche.

Les mictions s'effectuent tous les trois quarts d'heure le jour, et toutes les demi-heure la nuit. Un ténesme douloureux assez violent les suit.

Les reins, les testicules, le cordon, l'urèthre sont normaux.

La prostate paraît un peu grossie et dure, surtout le lobe gauche.

La vessie, préalablement vidée avec la sonde, donne à la palpation la sensation d'une tumeur dure bosselée, se développant surtout à gauche. Même constatation plus nette encore par le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique.

L'aspect général du malade est mauvais, toutefois l'appétit est conservé et les digestions sont bonnes.

Examinée à plusieurs reprises, la miction donne 40 à 50 grammes d'urine uniformément teintée d'un sang peu rutilant, aux diverses périodes de la miction. Aussi, M. Rafin est-il obligé pour reconnaître l'origine vésicale de l'hématurie de recourir au procédé de la sonde, qui lui permet après lavage de recueillir du sang rutilant, dont l'origine vésicale ne saurait être mise en doute.

L'examen cystoscopique ne donne aucun résultat, l'étude de la pièce anatomique en fournit la raison.

Le diagnostic porté fut : tumeur de la paroi vésicale ayant envahi la cavité, et malgré les constatations obtenues par le toucher rectal, M. Rafin se crut autorisé en raison de la gravité de l'état du malade à faire une incision exploratrice, laquelle s'arrêta à la paroi vésicale, devant l'impossibilité reconnue de pouvoir rien tenter d'utile.

La plaie de l'incision se réunit par première intention, et les hématuries persistant, le malade succomba le 23 février 1892.

Digitized by Google

La vessie enlevée se présente sous l'aspect d'une masse dure, du volume du poing avec des bosselures.

Fendue dans le sens de la longueur sur sa face antérieure, la paroi vésicale apparaît considérablement épaissie (elle atteint 4 centimètres au niveau de sa face antérieure et infiltrée sur presque toute son étendue par une tumeur blanche, ayant de la tendance à se ramollir et laissant échapper par la pression un suc blanc laiteux.

Le bas fond de la vessie et une faible étendue de la paroi latérale droite au-dessus de la prostate sont seuls indemnes de l'envahissement néoplasique.

Sur la face postérieure de la vessie, se détache de la muqueuse un champignon saillant dans la cavité vésicale, sans pédicule marqué, rouge vif, friable, de la grosseur d'une petite noix, à tendance villeuse, adhérant aux parties profondes, constitué par une saillie de la tumeur de la paroi qui a débordé la muqueuse vésicale pour faire irruption à l'intérieur de la cavité..

Cette tumeur, malgré son origine, se distingue par ses caractères, tels que couleur, consistance de la tumeur de la paroi. Le néoplasme a donc, du fait de sa situation dans l'intérieur de la cavité, subi d'importantes modifications dans ses caractères physiques.

La cavité vésicale est diminuée de telle façon qu'elle est réduite au bas fond.

La prostate est un peu hypertrophiée, son lobe gauche se continue sans démarcation avec la tumeur.

Bien que l'examen histologique n'ait pas encore été fait, il s'agit évidemment d'un cancer de la vessie développé primitivement dans les parois de cet organe, ayant ulcéré ultérieurement la muqueuse vésicale pour se développer dans l'intérieur de la cavité.

Les résultats négatifs de l'examen cystoscopique s'expliquent par le fait de la grande diminution de la cavité vésicale, de sorte que le bec du cystoscope, à peine le col vésical franchi, venait buter contre la tumeur intérieure.

Au point de vue clinique, il est à remarquer combien le

Digitized by Google

développement de la tumeur a été insidieux, puisque la fréquence de la miction et une douleur légère ont été les seuls symptômes de la maladie pendant trois mois, et que la première hématurie s'est montrée six mois avant la mort.

Il est évident que l'hématurie n'a dû se montrer que lorsque la tumeur s'est développée dans l'intérieur de la cavité vésicale. D'où cette conclusion que l'hématurie n'est pas le symptôme de toute tumeur de la vessie, mais seulement des tumeurs faisant saillie sur la muqueuse vésicale.

CANCER DE L'ESTOMAC; GASTROSTOMIE.

M. Pauly, interne des hôpitaux, présente une pièce pathologique : cancer pylorique. Le malade, entré à l'Hôtel-Dieu pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, avait été opéré. M. Poncet pratiqua une gastrostomie qui fit cesser momentanément le spasme œsophagien. Le diagnostic n'avait pu être établi exactement. Ce malade vint, trois mois après, mourir dans le service de M. Cordier. A son entrée dans le service, il était très cachectisé.

M. Cordier n'a vu ce malade que les derniers jours de sa maladie. A l'autopsie, l'œsophage était sain, mais entouré de ganglions qui pouvaient favoriser la coarctation œsophagienne.

L'opération amena une amélioration du côté de la déglutition œsophagienne, si bien que le malade put s'alimenter quelque temps.

M. Poncet se rappelle parfaitement le malade en question. Il était menacé de mourir de faim et ne pouvait rien supporter. Vomissements de tous les aliments. Obstacle infranchissable au cardia.

M. Poncet pratiqua la gastrostomie en deux temps suivant la méthode décrite dans la thèse de son élève le docteur Tillier. Premier temps, gastropexie; deuxième temps, ouverture de l'estomac. Il pratique le premier temps avant la cachexie complète; car ces malades, condamnés à mourir de faim, ne peuvent plus tard supporter l'opération. Lorsque les accidents deviennent plus intenses, une simple ponction des tissus au niveau de la cicatrice formée permet de placer rapidement une sonde. On est sûr ainsi de pénétrer sans difficulté dans l'estomac.

Digitized by Google

Ce procédé est avantageux non pas parce qu'il crée des adhérences, mais parce qu'il permet d'obtenir un trajet fistuleux très petit, irréalisable par les autres procédés qui donnent seulement une ouverture fistuleuse. La petitesse de la fistule permet d'alimenter avec succès le malade; elle s'oppose à l'infection, à l'issue du suc gastrique et des matières alimentaires injectées.

Dans deux autres cas de cancer du cardia la gastropexie préventive a diminué les phénomènes spasmodiques et permis aux malades de s'alimenter pendant quelque temps.

Dans le cas présent on ne pouvait franchir le rétrécissement œsophagien, et lorsque pendant l'opération on reconnut un cancer du pylore, on crut à un second noyaux cancéreux; mais cliniquement le malade avait des symptômes d'obstruction complète du cardia. Dans tous les cas, l'opération n'a pas nui à ce malade, car il fut amélioré très sensiblement pendant quelque temps. Enfin, avec l'évolution de la maladie augmentèrent les accidents, et on replaça la sonde qu'on avait pu supprimer momentanément.

RÉTRÉSISSEMENT MITRAL ET EMBOLIES.

M. Porte, interne des hôpitaux, présente des pièces provenant d'une malade du service de M. le prof. Teissier.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, ayant présenté depuis trois ans des symptômes d'affection cardiaque (rétrécissement mitral) et qui a été prise subitement le 1er février de douleurs vives dans le membre inférieur gauche, suivies d'impotence et de refroidissement depuis le pied jusqu'à la racine du membre. Huit jours après, le membre inférieur droit était atteint à son tour.

Le 15 février, la malade présente des plaques de sphacèle aux deux pieds; les deux membres inférieurs sont froids, immobiles et insensibles, et la malade meurt après avoir éprouvé de très vives douleurs.

A l'autopsie, on trouve un caillot remontant dans l'aorte jusqu'à 6 cent. au-dessus de la bifurcation; du côté du cœur un rétrécissement mitral et un rétrécissement de l'orifice tricuspide qui n'admet plus que l'extrémité d'un doig. Aux poumons, petits infarctus aux deux bases et aux deux reins, nombreux infarctus à différents stades d'évolution.

Digitized by Google

A PROPOS DU DERMATOL.

MM. Guinard et Cadéac font une communication sur les propriétés antiseptiques du dermatol.

Heinz qui, le premier, a préparé le dermatol, dans le laboratoire de Filhène, l'a proposé comme succédané de l'iodoforme, le présentant comme antiseptique, astringent, absorbant et antidiarrhéique.

Ce médicament n'a pas été étudié beaucoup en France; MM. Cadéac et Guinard l'ont essayé chez les animaux et ont relevé les particularités suivantes : Le dermatol, presque inattaquable par les sucs digestifs, ne paraît pas toxique à faible dose (1 à 3 gr. chez le chien); il détermine dans ces cas une constipation opiniâtre et manifeste ce même pouvoir sur les animaux atteints de diarrhée.

Dans le catarrhe auriculaire du chien, avec ou sans ulcération, catarrhe suitant à odeur fétide et très douloureux, le dermatol a donné de bons résultats. Les eczémas, surtout les eczémas humides, d'ordinaire si rebelles chez le chien, ont été aussi beaucoup améliorés par ce médicament.

Dans le pansement des plaies il n'a pas paru aussi efficace; son action dessiccative et astringente, les dessèche, les raccornit et les recouvre d'une couche superficielle, parcheminée. Dans tous les cas les plaies traitées par le dermatol ne suppurent pas, c'est ce qui a fait rechercher si véritablement ce produit était antiseptique.

Sur de la gélose, imprégnée ou recouverte de dermatol, on a ensemencé divers microbes, bacillus coli communis, bacille pyocyanique, microbes des plus ordinaires; les cultures n'ont pas été entravées, excepté dans les tubes où par suite de l'action dessiccative du dermatol, la gélose avait été desséchée à la surface.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Contrairement à ce que prétendent les auteurs allemands le dermatol n'est pas un microbicide ; il ne gêne la pullulation des germes qu'en modifiant le milieu, mais l'action n'est pas sûre.

Digitized by Google

Cette modification est due au pouvoir absorbant et astringent qu'il possède. C'est même ce pouvoir qui en fait un excellent antidiarrhéique, un bon topique excitant et dessiccatif, très favorable dans les affections eczémateuses, ulcéreuses et suppuratives.

Dans tous les cas, il ne peut pas être considéré comme un succédané véritable de l'iodoforme, et quand on l'emploie à l'intérieur, il y a lieu de ne pas se servir des doses fortes, qui peuvent être dangereuses et produire des troubles intestinaux plus grands que ceux que l'on veut combattre.

M. G. Roux. A dose modérée, c'est en somme un constipant; à dose forte, comme celle absorbée par le chien, c'est un irritant et un diarrhéique. La lésion explique ces symptômes diarrhéiques.

M. Cordier a employé le dermatol dans le chancre simple, la balanite, etc. Il est inférieur à l'iodoforme et n'est pas supérieur à l'acide borique. Dans l'eczéma, il est siccatif, mais pas plus que le talc, l'oxyde de zinc et le sous-nitrate de bismuth.

M. Guinard. Le dermatol est relativement plus siccatif que le sous-nitrate de bismuth, c'est d'ailleurs un sous-gallate de bismuth.

REIN FLOTTANT DOULOUREUX; NÉPHROPEXIE; GUÉRISON;

Par M. A. Rivière, interne des hôpitaux de Lyon.

O... (Marie), âgée de 37 ans, exerçant la profession de domestique, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre 1891, dans le service de M. le prof. Poncet.

Antécédents héréditaire. Père mort à 50 ans d'affection indéterminée; mère bien portante âgée de 68 ans. Ni fièvre ni sueurs.

Antécédents personnels : Varioloïde vers l'âge de 7 ou 8 ans; à la même époque, affection intestinale mal déterminée qu'elle qualifie de « choléra » et qui paraît l'avoir tenue très malade. Pas d'adénopathie.

Sa véritable histoire pathologique ne commence que du jour où s'établit sa menstruation, c'est-à-dire vers l'âge de 13 ans. A partir de ce moment elle souffrit, dit-elle, des

Digitized by Google

« pâles couleurs », fut très anémiée et ressentait des troubles assez vagues, mais surtout caractérisés par des symptômes gastro-intestinaux (douleur dans les régions épigastrique et lombaire droite, vomissements alimentaires fréquents, constipation opiniâtre : la malade n'allant à la selle que tous les huit jours). Si nous ajoutons à ces symptômes des céphalées fréquentes, des crampes musculaires, une tendance neurasthénique, nous aurons à peu près le tableau des souffrances que ressentit notre malade jusqu'à l'époque actuelle.

Notons en passant que la malade porte un corset (peu serré) depuis l'âge de 20 ans, et surtout que tous les symptômes signalés étaient très aggravés au moment des règles. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital cet état a notablement empiré depuis quatre semaines environ, au point que depuis quelques jours elle ne peut plus accomplir aucun travail et surtout ne peu plus se nourrir en raison des vomissements qui surviennent immédiatement après l'ingestion des aliments, quelles que soient d'ailleurs leur nature et leur abondance.

La douleur signalée plus haut est plus intense et est actuellement plus localisée dans la région hypocondriaque droite.

L'examen de la malade montre une paroi abdominale souple, mais résistante, non affaiblie par une surcharge graisseuse ni par des grossesses antérieures.

On perçoit une mobilité anormale du rein droit.

M. le docteur Rafin, qui avait vu la malade peu de jours avant son entrée, avait porté le diagnostic de rein flottant douloureux et ordonné le port d'une ceinture.

Devant l'état grave de la malade qui ne s'alimente pas, se cachectise même, devant le bon état musculaire de sa paroi abdominale, on décide une néphropexie; mais on attend une quinzaine de jours pour voir si le repos absolu, le milieu hospitalier, la crainte d'une opération (la malade était neurasthénique mais sans stigmates hystériques) n'amenderont pas la gravité des symptômes morbides.

Digitized by Google

Le 12 janvier (18 jours après l'entrée à l'hôpital), le même état persistant surtout au point de vue alimentaire, la malade est portée sur le lit d'opérations.

Après toilette soignée, M. Jaboulay remplaçant M. Poncet fait une incision de la masse sacro-lombaire des dernières fausses côtes à la crête iliaque. On arrive difficilement sur le rein et ce n'est qu'en appliquant vigoureusement le procédé de Terrillon (poing d'un aide appuyant sur le rein à travers la paroi abdominale) qu'on parvient à le saisir. Sa très grande mobilité étant reconnue, il est embroché par trois points de suture étayés au catgut : ces mêmes points de suture traversent en même temps en deux points l'aponévrose du transverse et la première couche musculaire : c'est en somme le procédé de Duret sans fixation à la deuxième côte.

M. Jaboulay a préféré cette méthode à celle de Tuffier (mise à nu de la substance rénale en certains points par résection de la capsule), parce qu'il la croit presque aussi bonne au point de vue de la fixation du rein, et qu'elle est peut-être plus sûre au point de vue du fonctionnement ultérieur de l'organe.

Suites simples. Réunion par première intention.

Au bout d'un mois (15 février), on permet à la malade de se lever, et actuellement (10 mars) tous les anciens symptômes morbides ont disparu.

Le rein n'est plus mobile, les douleurs ont disparu, les fonctions gastro-intestinales se sont rétablies : la malade se nourrit normalement sans avoir même de préférences alimentaires. Seule la constipation persiste.

Depuis une quinzaine de jours la malade peut se livrer même pendant un certain temps à des travaux assez pénibles sans avoir été aucunement incommodée.

On peut la considérer comme guérie.

M. Rafin constate que le résultat est excellent, mais il craint qu'il ne persiste pas indéfiniment. Les récidives sont fréquentes Il a eu l'occasion de pratiquer en novembre dernier une néphrorraphie. Le résultat n'a pas été aussi complet que chez la malade de M. Rivière, et il craint une récidive.

Digitized by Google

M. Poncet a pratiqué deux néphropexies. Il a obtenu une guérison dans une hydronéphrose intermittente.

Il préfère l'emploi du catgut à celui de la soie. Celle-ci même quand elle est bien aseptique peut devenir au bout de quelque temps la cause et le point de départ de phénomènes infectieux par suite de son séjour prolongé au milieu des tissus de l'organisme. Le catgut est aussi facilement stérilisable et a l'avantage de disparaître.

THYRÉDECTOMIE.

M. Nové-Josserand, interne de M. Poncet, présente le malade opéré d'un goître, qui avait fait l'objet d'une communication précédente. La plaie opératoire est en très bonne voie de cicatrisation, et le malade présente une amélioration très grande des accidents qu'il éprouvait avant l'extirpation de son goître.

INOCULATION DE LA GRIPPE AU LAPIN.

M. G. Roux présente un lapin dans les veines auriculaires duquel il avait injecté 5 cent. cubes de sérum sanguin retiré à une malade atteinte de grippe grave, sérum préalablement filtré. Malade du service de M. le prof. Teissier. Cette jeune fille, âgée de 19 ans, était entrée à la salle Saint-Paul pour être opérée d'un polype du nez.

Elle fut prise de grippe à forme hyperthermique, et fut envoyée dans le service de M. Teissier, avec une congestion pulmonaire généralisée, de l'hypertrophie de la rate, du muguet. Le sang ensemencé révéla non les microorganismes trouvés par Pfeiffer, etc., mais bien le diplobacille constaté par MM. Teissier et Roux dans des cas analogues.

Après l'inoculation du lapin, ce dernier pendant 48 heures eut une température normale (38°) qui le deuxième jour vers la fin monta à 39°,7 et s'éleva progressivement sans dépasser 40°,5. En même temps que la température s'élevait, il se produisit un œdème des deux oreilles, gonflement énorme, livide, violacé, qui aboutit deux jours après à des plaques

Digitized by Google

de sphacèle. Malgré cela l'animal resta assez vigoureux, bien qu'il ait maigri très notablement.

Un autre lapin inoculé avec les microorganismes du même sang fut beaucoup plus gravement atteint.

KYSTE HYDATIQUE DE LA PLÈVRE.

M. Porte, interne des hôpitaux, présente un kyste hydatique retiré de la cavité pleurale chez une malade du service de M. le prof. Teissier.

Cette malade était entrée cinq jours avant dans le service avec un état général relativement bon. Venue à pied à l'hôpital, elle n'accusait que des symptômes subjectifs légers. Pas de dyspnée, pas de cyanose de la face; un point de côté à la base droite. On constatait un peu d'œdème des membres inférieurs, et le poumon révélait aussi un peu d'œdème au niveau de la base droite, et l'on constatait les signes d'un épanchement très abondant de la plèvre de ce côté. Matité absolue dans toute la hauteur avec les signes ordinaires de pleurésie.

L'épanchement refoulait le cœur dont la pointe battait dans le sixième espace sur la ligne axillaire.

Le foie atteignait par son lobe gauche l'hypochondre gauche et descendait jusqu'au niveau de l'ombilic.

On fit une ponction exploratrice au niveau de la voussure de la base droite, et on retira du pus bien lié qui, porté sous le microscope, contenait des globules de pus en abondance et de larges cristaux de cholestérine, qui pour M. Teissier trahissaient l'ancienneté de l'épanchement.

On ne trouva aucun crochet dans le liquide de l'épanchement.

M. Pollosson, appelé à voir la malade, pensa que l'opération de l'empyème était nécessaire, et c'est sous sa direction que M. Porte fit cette opération le 6 mars.

L'incision de la plèvre donna issue à une grande quantité (4 litres environ) d'un pus inodore, bien lié, sans grumeaux,

Digitized by Google

de coloration jaune-brun. Après cette évacuation du pus, à la suite d'un effort de toux de la malade, issue de membranes de kyste hydatique en partie déchirées.

L'examen microscopique a montré la présence de crochets.

Le kyste enlevé, on pouvait toucher avec le doigt la partie supérieure du diaphragme recouverte de la plèvre enflammée avec apparence villeuse, sans trace de perforation du côté de la face connexe du foie.

SOUFFLES SUS-OMBILICAUX.

M. J. Audry fait en outre une communication orale sur les souffles sus-ombilicaux. Il s'agit d'un véritable « bruit de diable » veineux, continu.

Ces souffles sont peu connus en France, et simplement par reflet des auteurs étrangers. En Angleterre, en Allemagne on les décrit. Friedreisch insiste tout particulièrement sur les bruits de la veine cave inférieure.

M. Audry donne le résultat de ses observations cliniques qui seront publiées.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM.

M. le docteur Ch. Audry présente un malade atteint de molluscum contagiosum très développé. De plus, au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite existe une tumeur d'apparence maligne qui ne peut être qu'une dégénérescence d'un des éléments précédents.

CALCUL OBLITÉRANT LE CANAL CYSTIQUE.

M. le docteur J. Audry présente une pièce pathologique. Calcul oblitérant le canal cystique. La vésicule contenait un liquide alcalin blanc transparent. Le malade était tuberculeux et porteur d'un abcès par congestion de la région lombo-dorsale.

Digitized by Google

PRÉSENTATION D'UN CŒUR MONSTRUEUX.

MM. Lesbre et Guinard ont disséqué un veau monstrueux, du genre opodyme, famille des monosomiens (Is. Geoffroy-Saint-Hilaire).

Cet animal présentait toutes les particularités anatomiques qui caractérisent cette monstruosité; mais contrairement à ce qui s'observe ordinairement et à ce que rapportent la plupart des tératologistes, les organes viscéraux n'étaient pas tous simples. Le cœur en particulier était double et offrait une conformation assez curieuse pour être rapportée.

Ce cœur était constitué par deux masses ventriculaires indépendante, la plus petite située en avant et à droite de la plus grande. Il n'y avait qu'une masse auriculaire unique, superposée aux deux masses ventriculaires ; mais on trouvait aussi, du côté gauche, deux petits appendices qui représentaient, sans aucun doute, deux autres oreillettes rudimentaires, ce qui fait que l'on doit admettre que la masse auriculaire de ce cœur double était formée par l'oreillette droite du cœur antérieur et par l'oreillette gauche du cœur postérieur.

Ces deux oreillettes communiquaient intérieurement par un orifice simulant le trou de Botal, percé à travers une mince membrane qui résultait de la fusion des deux endocardes.

A l'intérieur la masse ventriculaire principale était double, comme tout cœur normal; mais la cavité du ventricule accessoire était simple et s'ouvrait dans l'oreillette antérieure, qui recevait en outre le ventricule droit du cœur le plus volumineux.

De chacune des deux masses ventriculaires s'élevaient une artère pulmonaire et une aorte unies par un canal artériel.

L'artère pulmonaire et l'aorte du cœur principal n'offraient rien de particulier, si ce n'est que les deux artères axillaires naissaient isolément à côté l'une de l'autre, au lieu de former une aorte antérieure.

Digitized by Google

Un fait assez curieux, c'est que l'aorte du cœur accessoire s'infléchissait sur la masse auriculaire et se jetait dans le poumon.

Ce cœur présentait en somme une particularité exceptionnelle dans le genre de monstre double où il a été rencontré, et démontre que, même dans les cas où la dualité des sujets composants s'efface graduellement, les viscères, plus que les autres organes, tendent à en conserver la trace.

DIABÈTE CHEZ LES PALUDÉENS.

Le docteur Kohos (de Manchester), communique quatre cas de diabète chez les paludéens.

L'étude sur la glycosurie consécutive au paludisme ne date guère que d'une dizaine d'années:

Avant 1881 on ignorait encore complètement le rapport intime entre ces deux maladies, M. le professeur Verneuil, le premier, démontra un rapport évident entre le diabète et le paludisme. Peu de temps après cette communication le docteur Charles Blanc, qui exerçait à Bombay, a remarqué également que le paludisme était très souvent suivi de diabète, et malgré de nombreuses observations publiées jusqu'ici chaque cas de ce genre mérite de fixer l'attention.

Ayant eu l'occasion d'observer cet automne quatre malades : trois de Tanger (Maroc) et un de Tripoli (de Barbarie) tous quatre ayant été atteints dans leur pays pendant plusieurs mois de la fièvre paludéenne, j'ai profité de cette circonstance pour examiner attentivement leurs urines. Or, chez ces quatre paludéens, j'ai pu me convaincre qu'il y avait réellement une grande quantité de glucose de 100 à 150 gr. de glucose par 24 heures, avec une densité de 1032 à 1035.

Bien que M. le prof. Mosse et M. Sorel n'aient pas pu constater la présence de glucose chez leurs paludéens, je crois que ce n'est pas une raison suffisante pour nier une relation intime entre ces deux maladies. Qui sait même si

Digitized by Google

un certain nombre de diabètes qui existent en Tunisie, en Algérie et au Maroc, etc., chez les Israélites (contrairement à l'opinion de M. le prof. G. Sée) ne sont pas d'origine paludéenne.

On sait que la glycosurie peut se rencontrer dans toutes les affections chirurgicales, au cours ou à la suite de certains états pathologiques fébriles.

Prévost cite un fait où la glycose apparut au moment de la fièvre de suppuration consécutive à une vaccination. Je ne sais donc pas pourquoi nous n'admettrions aucun rapport entre le diabète et le paludisme.

BACTERIUM COLI COMMUNE ET BACILLE D'EBERTH.

M. Rodet continue ses communications sur le bacterium coli commune et l'Eberth.

Le bacillus coli fait seul fermenter la lactose d'après MM. Chantemesse et Vidal. M. Rodet est arrivé dans ses premiers essais à un résultat différent; mais il avait été induit en erreur par le fournisseur qui avait livré de la galactose au lieu de la lactose. Or la galactose est bien plus facilement fermentescible que la seconde.

Dans une solution de galactose additionnée de peptone à 1/1000 et de NaCl, le B. coli et le B. d'Eberth se développent également, il se produit une fermentation avec production d'acide lactique reconnaissable au virage de la teinture de tournesol ajoutée au milieu de culture. Donc dans ce milieu très simple les deux microbes se comportent de même.

Si on augmente la proportion de galactose à 50/1000, l'acidité est encore plus manifeste. Si le titre de la solution de galactose est faible à 1 °/₀₀ et au-dessous, au bout de quelque temps l'acidité fait place à l'alcalinité, probablement par pullulation plus énergique du microbe.

Avec le B. coli la deuxième phase (alcalinité) apparaît plus rapidement, probablement parce que ce microbe pullule plus facilement, plus activement, cela est en rapport avec

Digitized by Google

son activité plus grande. On peut donc dans ces cultures méconnaître la première phase (acidité), la deuxième pouvant commencer au bout de quelques heures.

Ces microorganismes meurent dans un milieu ainsi modifié par eux. Mais l'Eberth meurt plus vite que le B. coli.

Dans les milieux nutritifs obtenus avec des bouillons, on obtient l'acidité avec les deux microbes ; mais la période d'alcalinité arrive plus vite que dans les milieux dépourvus de bouillons. C'est que dans le premier cas la pullulation est plus active, le milieu nutritif étant plus favorable.

Les cultures sur gélatine additionnées de galactose donnent lieu à quelques remarques.

Les cultures par immersion dans la gélatine liquéfiée, puis refroidie ou non, donnent avec les deux microbes la période d'acidité comme les cultures dans les solutions liquides. Les deux phases apparaissent d'ailleurs. Mais l'alcalinité commence par les couches qui sont en contact avec l'air, et l'acidité dans les couches profondes.

Dans les cultures sur gélatine et en surface on obtient tantôt l'acidité, tantôt l'alcalinité, et cela suivant la richesse du milieu nutritif en peptone et galactose. Si le milieu est très riche, l'acidité se montre plus souvent. Les cultures sur gélatine sont donc dans ce cas de très mauvais moyens de renseignements sur la valeur comparative des deux microbes, car on peut méconnaître la fermentation.

La production de gaz ne peut servir de mode de comparaison, elle est d'ailleurs fugace. Avec la gélatine, le B. coli et le B. d'Eberth la produisent de même.

En résumé, avec la galactose on ne constate pas de différence fondamentale entre ces deux microbes.

C'est en somme la même conclusion que celle qui ressort des résultats obtenus avec les autres sucres essayés déjà.

Action obtenue avec la lactose. — Le B. coli fait fermenter la lactose.

Le B. d'Eberth typique ne la fait pas fermenter.

Le B. coli fait le plus souvent coaguler le lait.

Le B. d'Eberth ne le fait pas fermenter.

Digitized by Google

Le lait se montre d'ailleurs comme un mauvais réactif; car le microbe d'Eberth peut faire de l'acidité dans le bouillon comme nous l'avons vu, mais pas suffisamment pour produire la coagulation du lait.

Le bouillon additionné de lactose et de peptone ne donne pas de fermentation par le B. d'Eberth. La gélatine dans les mêmes conditions et avec le B. d'Eberth n'en produit pas non plus.

Le B. coli, au contraire, dès le lendemain donne une belle acidité avec le bouillon additionné de peptone et de lactose.

La gélatine additionnée de lactose produit une certaine fermentation dans les ensemencements en profondeur avec le B. d'Eberth.

La plus belle fermentation obtenue d'ailleurs avec le Bac. d'Eberth et la galactose se produit dans un ensemencement en surface, et si on liquéfie la gélatine l'acidité persiste.

La fermentation de la lactose varie d'intensité avec la variété du B. coli.

M. G. Roux a trouvé en effet un B. coli, provenant d'un rein suppuré (communication antérieure) qui avait tous les signes morphologiques d'un B. d'Eberth et qui cependant faisait fermenter la lactose. Ce microbe, après l'avoir fait passer par le cobaye, si on le reportait sur pomme de terre, donnait les caractères de la culture du B. d'Eberth et ne faisait plus fermenter la lactose.

Il en conclut que le B. d'Eberth est un B. coli affaibli, moins vivace. Il n'est donc pas étonnant que le B. d'Eberth ne fasse pas fermenter la lactose puisque celle-ci est plus difficile à faire fermenter que les autres sucres.

l existe donc des races multiples intermédiaires entre le B. coli et le B. d'Eberth. On ne peut faire de ces variétés des espèces differentes; autrement, comme ces variétés microennes obtenues dans les laboratoires sont très nombreuses, faudrait multiplier d'une façon exagérée les espèces de es microorganismes.

Dans l'organisme vivant ces mêmes variétés peuvent naurellement être provoquées. Ainsi avec le B. d'Eberth re-

Digitized by Google

cueilli dans les selles d'un typhique, ou dans la rate d'un typhique, on obtient sur pomme de terre des cultures très-variées d'aspect.

Ces variétés morphologiques sont de même ordre que les variétés de fermentation. Le B. d'Eberth n'est donc pas spécifique. Quelles conditions rendent le B. coli typhisant? Est ce dans les fosses d'aisances ou dans l'intestin qu'il acquiert ses propriétés pathogènes? On ne le sait pas encore.

NEURASTHÉNIE AVEC TROUBLES VISUELS.

M. le docteur GRANDCLÉMENT présente un malade atteint depuis un an d'une *neurasthénie* des plus graves, compliquée de *troubles visuels* intenses sur lesquels il veut appeler spécialement l'attention.

Il s'agit d'un homme d'étude de 34 ans, qui fut pris presque subitement, il y a un an, de vertiges et de mouches volantes avec impossibilité de lire au-dela de quelques minutes.

Bientôt après survinrent tous les symptômes caractéristiques de la neurasthénie, à savoir : la céphalée, la rachialgie, l'asthénie musculaire générale, une frilosité excessive, l'insomnie, une constipation opiniâtre, etc., en un mot tous les stigmates de la maladie de Beard.

Depuis, tous ces symptômes, malgré de nombreux traitements, persistent aussi intenses et rendent ce malade incapable de tout travail.

Mais ce sont surtout les symptômes oculaires qui l'inquiétaient le plus; ce sont :

1° *Mouches volantes.* Très souvent, mais non constamment, il voit s'agiter à 0,10 ou 0,15 centimètres des points noirs ou mieux des filaments enchevêtrés qui, sans gêner la vision directe, attirent vivement son attention et l'offusquent beaucoup.

2° *Asthénopie accommodative.* Pendant les quelque heures qui suivent les repas, il est incapable d'adapter pou la vision de près ou même assez éloignée; tous les objet

Digitized by Google

lui paraissent *flou* ; la pupille elle-même, à ce moment, est fortement dilatée. Il est à peu près dans le cas d'une personne dont les yeux ont été atropinisés ; il présente une forte parésie, presque une paralysie du muscle ciliaire et aussi du sphincter de la pupille ; puis, à d'autres moments, loin des repas surtout, il retrouve la possibilité de lire, mais quelques lignes seulement, et en tenant le livre très éloigné, comme un presbyte.

3° *Photophobie.* Il redoute toujours la vive lumière, surtout dans les moments de paroxysme de l'asthénopie, soit parce que la pupille inerte laisse trop pénétrer la lumière, soit parce qu'à ce moment il existe une congestion passive de la rétine, comme il en existe aussi une semblable du côté du corps ciliaire, cause probable de l'inertie du muscle accommodateur.

4° L'*endolorissement des globes* se produit aussi souvent, avec sensation de sécheresse et sensibilité de l'œil au toucher ; à ce moment les yeux paraissent manifestement plus durs ; il existe une hypertension sensible, une sorte d'accès glaucomateux fugace, qui rendrait assez bien compte de la diminution du pouvoir accommodateur.

Le chimisme stomacal ne relève rien de bien extraordinaire ici ; M. le docteur Bouveret, qui a bien voulu analyser le produit de sa digestion, une heure et demie après un repas d'épreuve, a trouvé : un peu de mucus en excès, une légère hyperchlorhydrie ; dans tous les cas pas d'acide chlorhydrique libre, des traces d'acide butyrique résultant d'une fermentation secondaire légère et une peptonisation assez normale.

L'analyse des urines, faites par M. Chambellan, n'a révélé qu'un excès d'acidité totale ou hyperacidité, et une légère hyperchlorurie (chlorures en excès).

En résumé, l'analyse chimique, soit du suc gastrique, soit des urines, ne donne point l'explication des troubles fonctionnels nombreux et si pénibles éprouvés par notre malade.

Il a perdu 18 kilogrammes depuis un an et il est incapable de faire quoi que ce soit.

Digitized by Google

Depuis dix ans, M. Grandclément a observé et suivi des centaines de neurasthéniques; il a remarqué que la neurasthénie est d'autant plus grave et plus tenace que les symptômes oculaires sont plus intenses.

Le traitement qui lui a paru le mieux réussir consiste dans un régime sévère aidé de quelques laxatifs quotidiens, de petites doses d'alcalins, en particulier de l'eau de Vals avant les repas, pour solliciter la sécrétion du suc gastrique toujours en défaut chez ces malades, le repos au lit dans le decubitus dorsalis après les repas, et le massage.

Toutefois, M. Grandclément va essayer chez ce malade la *transfusion nerveuse* à l'aide des injections récemment indiquées par Constantin Paul, comme capables d'accélérer la guérison toujours très lente de ces malades. A priori il compte peu sur un résultat favorable dans un cas aussi grave. Il rendra compte à la Société des effets de ce traitement singulier.

M. Granclément, à propos du procès-verbal, dit qu'il a pratiqué sur son malade la tranfusion nerveuse. Six injections ont été faites, trois à la région lombaire, les autres à la face interne de l'avant-bras. Il a été frappé de la perte de force accusée par le malade dans le bras correspondant, quatre à cinq minutes après les injections. En présence de cette parésie subite des fléchisseurs, on n'a pas persisté dans les tentatives.

M. Grandclément ne croit pas à l'action locale du traumatisme dans ce cas, car les injections faites dans la région lombaire ont provoqué de la parésie du membre inférieur du même côté.

SUR LA GLYCOLYSE DU SANG CONTENU DANS UNE VEINE FERMÉE A SES DEUX BOUTS;

Par MM. R. Lépine et Barral.

M. Arthus (*Mémoires de la Société de Biologie*, 1891, p. 68) dit que le sang contenu dans une jugulaire de cheval

Digitized by Google

fermée à ses deux bouts ne perd pas son sucre, alors même qu'il y reste 6 heures à + 15° C. et 3/4 d'heure à 40° C. Il en conclut que le sang ne renferme pas de ferment glycolytique, tant qu'il n'est pas coagulé. Cette expérience étant en contradiction avec un ensemble de faits prouvant que le sang vivant et circulant dans les vaisseaux renferme normalement le ferment glycolytique, nous avons jugé nécessaire de répéter l'expérience de M. Arthus.

Grâce à l'extrême obligeance de M. le prof. Arloing et de M. Guinard, chef des travaux à l'École vétérinaire de Lyon, nous avons reçu de cette École deux jugulaires de cheval liées aux deux bouts, dans un vase à demi-rempli de fragments de glace concassée. Dès leur arrivée dans notre laboratoire, nous avons dosé le sucre du sang contenu dans une des jugulaires et nous avons, par l'un des fils, suspendu verticalement l'autre jugulaire dans un vase vide immergé dans un bain-marie à 39° C.; puis, toutes les cinq minutes nous avons retourné le vaisseau en le suspendant par l'autre fil, de telle sorte que l'extrémité supérieure devînt inférieure et réciproquement. Au bout de deux heures nous avons dosé le sucre du sang de cette deuxième jugulaire. Voici les résultats que nous avons obtenus :

Sucre dans la première jugulaire par 1000. . . 0,74
— deuxième jugulaire — . . . 0,47

Si l'on représente par 100 le premier chiffre, le second sera 63,5. En d'autres termes le sucre du sang contenu dans la veine a perdu 36,5 °/₀ en deux heures, à la température physiologique de 39°. Cette perte est loin, comme on le voit, d'être négligeable.

Nous avons répété deux fois l'expérience précédente. Dans les deux autres expériences nous avons eu également une perte, à la vérité moins considérable que dans l'expérience (dessus, ce qui n'est pas extraordinaire, car d'après les (telques recherches que nous avons faites sur la glycolyse (ı sang de plusieurs herbivores, il nous a paru que le sang (: ces animaux était en général moins riche en ferments ¦ ycolytiques que le sang de chien.

Digitized by Google

D'où vient la différence de nos résultats et de ceux de M. Arthus? Vraisemblablement du fait que dans notre expérience, nous avons, en retournant le vaisseau à intervalles rapprochés, multiplié les contacts entre le plasma où se trouve le sang, et les globules blancs où se trouve le ferment glycolytique, tandis que M. Arthus, en tenant le vaisseau immobile, a laissé les globules se sédimenter, ce qui a restreint beaucoup, comme on le comprend, le contact des globules blancs et du plasma. L'expérience de M. Arthus est assurément intéressante; mais, faite dans des conditions particulières, elle ne prouve nullement ce qu'il en a conclu, à savoir l'absence de ferments glycolytiques dans le sang non coagulé, renfermé dans ses vaisseaux.

PRÉSENTATION D'UN MONSTRE CÉLOSOMIEN;

Par M. L. GUINARD, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un peu encombrante, mais elle m'a paru assez curieuse pour être montrée telle qu'elle m'a été donnée par M. le professeur Galtier, qui, lui-même l'a reçue de M. Déplanche, vétérinaire à Pont-de-Veyle. Une description simple, quelle qu'elle soit, n'aurait pas donné une idée bien exacte de la conformation bizarre du sujet dont il s'agit. C'est un fœtus de vache à terme, qui, à un examen superficiel, se présente ainsi : D'une part, les quatre membres, limitant une cavité au fond de laquelle se trouve logée la tête. On voit, en effet, entre les membres, le mufle et la bouche, qui seuls se détachent dans l'encadrement des pattes. De ce côté, le monstre a un aspect qui rappelle vaguement une sorte de céphalopode.

La masse des viscères, complètement à découvert, garni le côté opposé. Au premier abord, ces viscères paraissen tous normaux.

En somme, il s'agit d'un monstre célosomien, d'une forme

Digitized by Google

très rare, que nous pouvons rapprocher des chélonisomes, que le docteur Joly (de Toulouse) a décrit pour la première fois. Voici textuellement la définition du genre, telle qu'elle a été donnée par ce tératologiste : « Éventration médiane, thoracique et abdominale; division complète du sternum en deux moitiés; appareil génito-urinaire très incomplet; colonne vertébrale contournée sur elle-même en haut et en avant, de telle sorte que les régions lombaires, sacrées et coccygiennes, ainsi que les membres pelviens, sont reportés sur le dos et contenus dans un thorax, situé au-dessus de la colonne vertébrale et formé par les côtes redressées verticalement en haut. »

Dans cette définition, nous retrouvons bien certains caractères du veau que je présente, mais non tous. Ainsi, chez ce veau le sternum n'est pas fissuré, les organes génito-urinaires sont complets et les membres pelviens sont en dehors du thorax, formé par le retournement des côtes.

Il me semble que l'on peut donner une très bonne idée de la forme de ce monstre, en imaginant un animal bien conformé, auquel on pratique une ouverture de la paroi abdominale et du thorax, — sans toucher aux viscères, — de manière à pouvoir retourner complètement le sujet, en portant le train postérieur en haut et en avant, le sacrum contre l'occiput, et les côtes complètement en dehors et en haut, du côté de la colonne vertébrale. Mais, dans le cas présent, les côtes sont, non seulement retournées, mais soudées au-dessus du râchis, formant de cette façon un thorax supérieur.

De l'avis même de M. Dareste, ce genre de monstre est un des plus curieux du groupe des célosomiens; jusqu'à présent, on n'en connaissait que trois cas, cités, l'un par Joly, l'autre par Dareste, et le troisième par Blanc; celui-là fera le quatrième si, véritablement, c'est un chélonisome.

Tenant à présenter le sujet intact, je n'ai pu le disséquer et m'assurer exactement de sa conformation anatomique; cependant, voici ce qu'un examen superficiel m'a appris : L'appareil digestif est complet; j'ai retrouvé tous les organes bien conformés et bien développés, sauf le poumon

Digitized by Google

qui paraît un peu irrégulier; l'appareil respiratoire n'offre pas de particularités anormales.

Le cœur est renfermé dans son péricarde, mais sa position n'est pas normale. Dans le point où il se trouve, il est allongé d'avant en arrière, la pointe du côté de la tête, son axe longitudinal parallèle à la colonne vertébrale. Les vaisseaux ombilicaux se retrouvent parfaitement, mais la veine ombilicale part du bord du foie et se dirige en avant pour se bifurquer et se terminer par deux conduits oblitérés et terminés par une pointe mousse à leur extrémité.

L'appareil urinaire est complet. A part une atrophie d'une corne utérine, les organes génitaux, qui sont féminins et bien conformés d'ailleurs, aboutissent à une vulve normalement percée.

Comme il est de règle chez les célosomiens, les membres offrent de nombreuses déviations.

En somme, ce veau monstrueux est complet quant au nombre des organes, mais absolument et régulièrement retourné.

C'est à lui surtout que conviendrait le nom de strophosome (στροφος, retourné, et σωμα, corps) que notre collègue Blanc avait eu l'idée de substituer au nom de chélonisome.

Je ne veux pas me livrer ici aux considérations embryogéniques auxquelles ce monstre se prête, me réservant de le faire plus tard ; mais pour expliquer sa formation, je rappellerai simplement que le fait initial est certainement un arrêt de développement de l'amnios. Cet arrêt de développement a entravé la délimitation et l'incurvation normale de l'embryon. Le reploiement en bas de la somatopleure n'a pu se faire, et les lames latérales par suite de la pression continue qui agissait sur elles, se sont infléchies en sens contraire. Le même fait s'est produit en arrière et a déterminé le redressement en haut et en avant de l'extrémité postérieure du sujet.

D'après les tératologistes, la célosomie est une anomali relativement fréquente chez l'homme; c'est du moins c que prétend Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Comme j'ai pu l

Digitized by Google

constater aussi moi-même, elle n'est pas rare non plus chez les animaux, surtout chez les bovidés.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est qu'il est des genres qui semblent particuliers à chaque espèce et ne se trouvent pas, ou exceptionnellement chez les autres.

Ainsi les genres aspalasome, agénosome et cyllosome ont été vus exclusivement chez l'homme. Celui dont je présente un spécimen paraît plus spécial aux animaux de l'espèce bovine.

Je compte disséquer complètement le veau qui fait l'objet de cette communication et pourrai donner plus tard des renseignements plus précis, sur les particularités anatomiques qu'il présente; il y aura peut-être lieu de tirer de son étude des conclusions intéressantes pour la biologie générale, l'embryogénie et la tératogénie.

AMPUTATION DE CHOPART.

M. Nové-Josserand, interne à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Jaboulay, présente un malade auquel ce dernier a pratiqué une amputation de Chopart. Par suite d'une ancienne arthrite tibio-tarsienne, le moignon se trouvait reporté un peu trop en arrière, M. Jaboulay le redressa par l'ostéoclasie de l'extrémité inférieure de la jambe. Le malade marche bien, facilement, le moignon est excellent. Cette opération dans le cas présent a donné un résultat supérieur à la sous-astragalienne, au Syms ou au Pirogoff.

Il faut toujours conserver le plus possible, et l'opération de Chopart quand elle est nettement indiquée est une bonne opération malgré le discrédit qu'on a voulu rejeter sur elle.

DÉSARTICULATION SOUS-ASTRAGALIENEE ET OPÉRATION DE PIROGOFF.

M. Nové-Josserand, interne de M. Poncet, suppléé par M. Jaboulay, présente un malade opéré quelques mois aupa-

Digitized by Google

ravant pour des lésions des deux pieds. La désarticulation sous-astragalienne, pratiquée d'un côté, a donné un excellent résultat, le moignon mobile, très rembourré, indolore, est parfait. Sur l'autre pied, l'opération de Pirogoff a donné un moins bon résultat; les chairs sont moins exubérantes. Malgré cela, le malade marche facilement et se trouve très satisfait.

M. Poncet trouve ce résultat très remarquable; la déambulation est d'autant plus facile chez les malades qui ont subi des amputations de ce genre que le moignon est plus large, la base de sustentation par conséquent plus étalée. L'amputation sous-astragalienne a bien rempli cette indication. L'antisepsie n'y est pas étrangère.

SPINA BIFIDA ÉNORME.

M. Poncet présente un enfant de vingt mois porteur d'une énorme tumeur fessière, du volume d'une tête d'adulte. Il s'agit d'un spina bifida, dont l'enfant ne paraît pas autrement incommodé. Il marche, court facilement, s'assied sur sa tumeur.

A l'âge de six mois, un liquide très clair se serait écoulé par une rupture. Au moyen d'une ponction capillaire, on retira un litre et demi de liquide clair.

Cette tumeur ne présente rien de particulier, sauf une transparence très nette.

Le toucher rectal n'apprend rien de plus.

M. Poncet opérera cet enfant et tentera la réunion par première intention. Souvent malheureusement la cicatrice cède sous la pression du liquide céphalo-rachidien qui se reforme, il se produit une fistule qui peut s'infecter secondairement. Si on laisse la tumeur évoluer sans opération, elle se rompera, une fistule s'établira de même et l'enfant succombera à des phénomènes septiques. L'opération, grave en raison surtout du volume de la tumeur, est donc absolument légitime, puisque l'enfant est à peu près fatalement condamné à une époque peut-être très rapprochée si on n'intervient pas.

Digitized by Google

TUMEUR DES OS DU CRANE.

M. Nové-Josserand, interne, présente une tumeur développée dans l'épaisseur des os du crâne d'un malade; mort subitement pendant l'opération.

M. Icard demande si on avait pratiqué l'injection d'atropo-morphine avant l'anesthésie.

M. Josserand répond négativement.

M. Poncet. Les tumeurs que présentait ce malade sont comme on peut le constater volumineuses. La première développée dans l'épaisseur du crâne avait cependant respecté la table interne. La seconde, du volume de la paume de la main et développée dans l'épaisseur de la pie-mère, au niveau du lobe frontal gauche, avait déprimé la substance cérébrale et cela sans manifester sa présence par des troubles intellectuels ou de la parole. Dans les néoplasmes primitifs ou secondaires du crâne, le plus souvent il est d'ailleurs impossible d'être renseigné par les phénomènes cliniques, sur les indications opératoires. La marche lente, insidieuse de ces tumeurs permet probablement l'accoutumance de la substance nerveuse Quant à la mort subite de ce malade, elle peut être expliquée, soit par l'hémorrhagie abondante qui suivit les premières incisions, soit par les conditions physiologiques, anormales de la circulation intracrânienne gênée par le volume du néoplasme, soit encore par l'action du chloroforme même dont les conditions d'absorption et d'influence se trouvaient modifiées, ou plutôt par l'ensemble de toutes ces causes. D'ailleurs l'autopsie a montré à quel point la vie du malade était menacée à brève échéance.

M. Dor regrette que l'examen ophtalmoscopique n'ait pas été pratiqué.

CRYPTORCHIDE HYPOSPADE ATTEINT DE BLENNORRHAGIE ET D'ÉPIDIDYMITE.

M. Dor, interne du professeur Laroyenne, présente des pièces anatomiques provenant d'une malade opérée à la Charité pour deux petites tumeurs de l'aine, qui n'étaient autre chose que deux testicules.

Cette prétendue femme, douée d'un vagin en cul-de-sac, sans utérus et d'un clitoris volumineux, qu'à un examen plus sérieux on reconnaît être un pénis hypospade, a con-

Digitized by Google

tracté une blennorrhagie avec cystite, il y a six mois; puis les deux grosseurs qu'elle portait à l'aine ont gonflé et sont devenues le siège de douleurs assez vives, pour que M. le prof. Laroyenne l'en débarrasse. C'étaient deux testicules blennorrhagiques.

M. Cordier demande si l'on a constaté dans ces pièces pathologiques du pus véritable collecté en petits abcès, ou s'il s'agissait simplement de collections spermatiques plus ou moins chargées de leucocytes, de globules de pus et d'agents infectieux et renfermés dans les canalicules séminifères.

M. Dor croit qu'il s'agissait de véritables abcès. En tous cas on trouvait dans les petites collections purulentes épididymaires des gonocoques associés avec d'autres agents de la suppuration.

Pour répondre à une question de M. Marduel sur les indications d'une castration double, M. Dor indique que tout testicule en ectopie peut et doit être enlevé, fût-il sain, en raison des dégénérescences malignes que l'on observe souvent chez les cryptorchides.

DEUX CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. Fabre présente deux malades chez qui le professeur Fochier a pratiqué l'opération césarienne, avec succès pour les mères et les enfants. Un seul des enfants a survécu. L'autre est mort cinq ou six jours après sa naissance d'hémorrhagie intestinale.

L'indication d'une semblable opération reposait sur un rétrécissement du bassin, tel qu'on ne pouvait songer à avoir un enfant vivant, même avec l'accouchement prématuré artificiel.

M. Fabre, à l'occasion de ces deux cas, publiera un mémoire dans lequel il exposera les idées du professeur Fochier sur la crâniotomie, la symphyséotomie et l'opération césarienne.

SPINA BIFIDA.

M. Durand, interne des hôpitaux, présente les dessins d'une petite malade atteinte de spina bifida et opérée avec succès par le professeur Poncet.

Digitized by Google

La poche épaisse, renfermant un liquide analogue à celui de l'hématocèle vaginale, fut enlevée partiellement et suturée. La communication avec le canal rachidien était très petite et ne donnait issue à aucun élément nerveux.

OBSERVATION DE TABES SYPHILITIQUE PRÉCOCE;

Par M. R. Pauly, interne des hôpitaux.

Les exemples de tabes syphilitique précoce publiés jusqu'à présent sont rares, d'après les recherches que nous avons faites. Fournier, en 1882, dans son livre de l'Ataxie locomotrice, dit n'avoir qu'une observation de tabes survenu en pleine période secondaire, le 22e mois après l'infection; encore, dit-il, ce fait est-il entaché de quelques doutes.

Dans un mémoire sur la syphilis médullaire précoce, paru dans les *Archives de médecine* de 1889, Gilbert et Lion donnent les observations de tabes publiées jusqu'alors. Elles sont au nombre de six, y compris celle, déjà mentionnée, de Fournier. Les autres sont : de Ladreit de Charrière (1), une seconde de Fournier (2), de Baudoin (3), de Vincent et Prévost (4), enfin de Méplain (5).

Gilbert et Lion ne considèrent comme valables que deux de ces observations : la seconde de Fournier et celle de Vincent et Prévost. Dans le premier cas, les phénomènes ataxiques ont apparu un an après le chancre; dans le second, trois mois après l'accident primitif.

Dans la thèse de Moinet (6), on trouve beaucoup d'observations de syphilis médullaire précoce : ce sont surtout des paraplégies, mais il n'y a aucune observation d'ataxie locomotrice.

(1) *Des paralysies syphilitiques.* Th. Paris, 1861, p. 48.
(2) *Leçons sur la pér. præat. du tabes d'orig. syph.*, p. 414.
(3) *Contrib. à l'étude des syph. graves précoces.* Th. Paris, 1889, 156.
(4) In Fournier : *De l'ataxie loc. d'origine syph.*, p. 296.
(5) *Ann. de derm. et de syph.*, 1885, p. 218.
(6) Th. de Lyon, 1890.

Digitized by Google

Il est donc intéressant de publier l'observation suivante, que nous avons recueillie dans le service de M. Cordier, à l'Antiquaille. Dans ce cas, en effet, les premiers symptômes de l'ataxie ont apparu quatre mois après le chancre, et le tabes dorsal était absolument confirmé le 5e mois de la syphilis. Le malade n'a pas quitté le service depuis l'apparition de l'accident primitif, pour lequel il était entré à l'hôpital : il a donc pu être parfaitement suivi.

Observation. — B... (Jean), âgé de 38 ans, cultivateur, est entré dans le service de M. le docteur Cordier le 25 septembre 1891.

Son père, âgé de 70 ans, n'a jamais eu de maladie grave. Sa mère, 65 ans, n'a jamais non plus été malade. Trois frères et trois sœurs en bonne santé. On ne relève aucun antécédent nerveux dans la famille. Lui-même a eu la rougeole dans son enfance, et il y a une dizaine d'années un abcès des parois abdominales. Pas de rhumatisme ; pas d'impaludisme ; pas d'alcoolisme.

A son entrée dans le service, il était porteur d'un chancre mixte, accompagné de deux bubons suppurés. On ponctionna immédiatement ces bubons, qui guérissent rapidement.

Au milieu du mois de novembre, apparaît une roséole papuleuse très confluente. Adénopathie généralisée : les ganglions inguinaux, sous-sterno-mastoïdiens, sous-maxillaires, épitrochléens sont engorgés.

Alopécie en plaques. Céphalalgie très intense.

Dès cette époque, la forme et la confluence de la roséole font craindre une syphilis grave, et à partir du 12 novembre, on fait prendre au malade quatre pilules de Dupuytren par jour.

21 décembre. Il existe une poussée de plaques muqueuse sur les lèvres, la langue, les piliers du voile du palais. Plaques à l'anus, sur le scrotum et la verge.

Iritis double.

La céphalalgie est toujours très vive.

Digitized by Google

Aux quatre pilules que le malade continue à prendre, on adjoint 2 gr. d'iodure de potassium.

Instillation d'atropine dans les yeux. L'iritis guérit en une dizaine de jours.

6 janvier 1892. Le malade a été pris brusquement hier soir d'une toux très pénible qui dura environ trois heures. Pendant cinq à six jours, il a ainsi des crises laryngées qui apparaissent toujours le soir.

En même temps des douleurs se montrent, qui parcourent comme un éclair tantôt un membre, tantôt un autre. Elles n'existent que la nuit, jamais le jour. Pas de douleurs rachidiennes.

11 janvier. On porte la dose d'iodure de potassium à 3 gr. par jour.

25 janvier. Le malade a de la peine à se tenir sur ses jambes.

8 février. La marche est devenue à peu près impossible : incoordination motrice considérable aux membres inférieurs.

On note des troubles trophiques des ongles, qui présentent des sillons transversaux.

Nouvelle iritis double. On fait des instillations d'atropine, des frictions avec 5 gr. d'onguent napolitain et on donne 5 gr. d'iodure par jour.

4 avril. Plaques muqueuses au niveau du frein, au siège du chancre ancien.

L'iritis double existe toujours.

Pas d'autres accidents secondaires actuels. Les douleurs fulgurantes ont beaucoup diminué d'intensité ; elles sont aussi devenues très rares. Les troubles laryngés n'ont pas réapparu.

Pas de douleurs en ceinture.

La sensibilité est intacte partout, sauf aux jambes, où elle t très diminuée. Anesthésie complète de la plante des pieds. a sensibilité est la même pour le contact, la douleur et la mpérature. Cependant on note, sur le dos des pieds, un etard très sensible pour la perception de la chaleur, retard ui n'existe pas pour la piqûre ni pour le tact.

Digitized by Google

L'incoordination motrice est considérable. La démarche est caractéristique : le malade lance les jambes et frappe le sol du talon ; il ne peut marcher qu'avec un aide.

L'occlusion des yeux exagère les troubles moteurs : le malade tombe aussitôt. Au lit, l'incoordination est moins marquée, mais elle existe cependant encore, et il dépasse nettement le but qu'on lui indique.

Les membres supérieurs ont aussi un peu d'incoordination, surtout le bras gauche.

Pas de troubles urinaires.

Depuis les premiers jours de janvier, il n'a pas eu une seule érection.

Les réflexes patellaires sont complètement abolis.

On ne note pas le signe d'Argyll-Robertson.

Les sillons transversaux des ongles existent toujours.

L'état général est mauvais. Il y a une faiblesse musculaire assez marquée. L'amaigrissement est notable. L'appétit est très-diminué. Cependant, depuis quatre ou cinq jours, le malade se trouve amélioré : les douleurs ont bien diminué, les forces tendent à revenir et l'état moral est meilleur.

En résumé, notre malade a eu son chancre en septembre 1891 et des accidents secondaires graves. Dès le mois de janvier suivant, c'est-à-dire quatre mois après le chancre apparaissent les premiers symptômes de l'ataxie, et le cinquième mois le tabes est confirmé. En dehors de la précocité des phénomènes tabétiques, il présente encore plusieurs particularités intéressantes : le début par les crises laryngées, l'apparition toujours nocturne des douleurs fulgurantes et la marche rapide de l'ataxie. Enfin, nous insisterons sur ce fait que l'intensité du traitement, établi de bonne heure avant l'apparition de tout symptôme tabétique, n'a pas empêché l'ataxie de se développer. L'amélioration légère constatée ces derniers jours ne porte guère que sur les douleurs, et l'incoordination est toujours la même : le pronostic est donc sévère, et il est probable que notre malade est définitivement ataxique.

Digitized by Google

M. Horand. Ces accidents ne sont pas absolument rares, il a vu plusieurs malades dans ces conditions.

La syphilis n'agit que comme cause déterminante. Les ataxiques ont souvent eu la syphilis et le traitement reste souvent sans résultat parce que l'ataxie n'est alors qu'un accident parasyphilitique. L'alcoolisme agirait absolument de même. Il s'agit simplement de causes déterminantes chez des sujets prédisposés.

M. Cordier. La question est très difficile à trancher. Tous les ataxiques qu'il connaît ont été syphilitiques. Bien des accidents syphilitiques ne sont pas guéris par le traitement, certaines formes de glossite et de psoriasis palmaire par exemple.

Ce malade a eu à deux reprises des iritis doubles, la gravité est grande. Le pronostic est des plus sombres.

M. Horand. La leucoplasie buccale et le psoriasis ne sont dans les cas dont parle M. Cordier que des accidents évoluant chez des dartreux à l'occasion de la syphilis. On guérit ce qui est syphilitique, mais pas le reste.

M. Cordier ne dit pas que l'ataxie est syphilitique, mais que tous les ataxiques qu'il connaît ont eu la syphilis. Tous les malades auxquels M. Horand fait allusion n'en sont pas moins syphilitiques.

M. Mayet. Les deux opinions peuvent se concilier. Les opinions un peu absolues de M. Fournier ont été accueillies avec scepticisme d'abord. Il les croit néanmoins fondées. On peut facilement expliquer l'influence de la syphilis dans l'ataxie.

La première lésion est une artérite syphilitique. Les mêmes lésions évoluent dans le cerveau. Cette artérite peut guérir, mais le processus scléreux mis en éveil et en évolution par cette artérite est progressif, et le traitement est impuissant à le réprimer.

THÉORIE INFECTIEUSE DU GOÎTRE.

M. A. Rivière, interne des hôpitaux, au nom de M. Jaboulay et au sien, présente quelques arguments en faveur d'une théorie infectieuse du goître. C'est à M. le professeur Poncet que revient cette idée première de la nature microbienne du goître.

Cette idée peut s'appuyer d'abord sur des faits cliniques. En effet, si l'on interroge les malades porteurs de ce que l'on pourrait appeler des *goîtres chirurgicaux* (c'est-à-dire ceux dont le développement amène des troubles de voisinage, de compression justifiant une intervention), on s'aperçoit bien

Digitized by Google

vite qu'ils ont eu quelque temps auparavant des symptômes ou des occasions d'infection. Dans deux cas, des goîtres sont survenus après des angines, dans un cas, après une grippe, dans un cas après une éruption furonculeuse du cou. Quelquefois, au contraire, le gonflement du cou a débuté après un frisson, un refroidissement.

Il faut cependant distinguer ces cas de thyroïdites survenant primitivement et surtout au cours des maladies infectieuses : ces thyroïdites, typhiques en particulier suppurant souvent, ayant en bien des cas une allure aiguë et revenant ad integrum après un certain temps.

Les goîtres dont nous parlons peuvent durer en effet des années, soit en ne présentant qu'un accroissemeni relatif, soit même en restant stationnaires.

De plus, les caractères anatomo-pathologiques de ces goîtres en font bien plus des goîtres que des thyroïdites (au moins à la façon dont on entend actuellement ce dernier terme). Ils affectent même souvent (examens microscopiques de Josserand) le type de l'adémone de Wolfler.

Ces caractères cliniques ne sont pas les seuls sur lesquels on puisse baser une théorie infectieuse du goître.

Depuis le 13 juin, époque à laquelle M. Jaboulay ensemença du goître, des cultures ont été faites par Jaboulay et Rivière dans six cas de goîtres extirpés. Constamment ces cultures ont été fertiles : elles ont donné, dans cinq cas, des staphylocoques dont deux nettement dorés ; dans un cas, un bacille non encore nettement déterminé.

Des expériences sont poursuivies sous la direction de M. Arloing.

En somme, le fait acquis est que des tumeurs, que l'on n'eût pas hésité à qualifier de goître de par la clinique et l'anatomie pathologique, ont pu donner naissance à des cultures microbiennes.

Reste à savoir si ces microbes sont pathogènes.

C'est ce que probablement établiront des expériences ultérieurement communiquées.

Digitized by Google

TABES SPASMODIQUE INFANTILE (MALADIE DE LITTLE). TÉNOTOMIE DES TENDONS D'ACHILLE.

M. B. Lyonnet, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Vincent, chirurgien-major de la Charité, un petit malade atteint de *tabes spasmodique infantile*.

Cet enfant est âgé de six ans. Il est entré à l'hôpital il y a un mois. Il présente toutes les apparences d'une bonne santé. Il est gras, paraît bien portant.

Au point de vue intellectuel, il est à peu près complètement idiot. Il ne comprend aucune question; il pousse seulement quelques cris plaintifs, sans aucun sens.

Lors de son entrée, on a constaté les symptômes suivants : les membres inférieurs sont dans un état de contrature très prononcé, les muscles du mollet surtout.

Les pieds sont en varus équin. Les réflexes sont très exagérés, une simple chiquenaude provoque des mouvements étendus. On ne constate pas d'atrophie. La marche et la station debout sont impossibles. Aux membres supérieurs, les contractures n'existent à peu près pas, mais on a des mouvements choréo-athétosiques des doigts, il semble que l'enfant veuille toujours saisir quelque chose. Les muscles du tronc, de l'abdomen sont intacts. De temps en temps il y a quelques contractions dans les muscles de la face donnant lieu à une grimace spéciale.

On ne trouve pas de troubles de la sensibilité générale, l'enfant sent bien la piqûre partout.

Quant aux sensibilités spéciales, l'enfant entend bien, mais la vision est certainement un peu diminuée.

Tous ces symptômes ont apparu dès la naissance de l'enfant.

Il s'agit, dans ce cas, de la maladie décrite par Little, Heine, Forster, Naef, et sur laquelle d'Heilly, Marie, Déjerine ont récemment attiré l'attention : c'est la *rigidité spasmodique congénitale des membres, le tabes spasmodique infantile, la maladie de Little*. C'est de plus la forme cérébro-spinale décrite par les auteurs. La sclérose en plaques,

Digitized by Google

la maladie de Friedreich, la paralysie infantile, l'hémiplégie spasmodique infantile double, sont assez faciles à éliminer.

Au point de vue thérapeutique, voici la méthode qu'a employée M. Vincent et sur laquelle il se réserve de revenir. Il a pratiqué la ténotomie sous-cutanée des deux tendons d'Achille. Les jambes ont été placées dans une gouttière plâtrée. Le résultat a été bon; l'enfant peut, avec un soutien, se tenir debout et marcher un peu.

M. Vincent a eu d'autres cas analogues et a obtenu de bons résultats en employant le même traitement.

GOITRE KYSTIQUE CHEZ UNE PETITE FILLE. — ABLATION COMPLÈTE DE LA TUMEUR.

M. B. Lyonnet présente une petite fille de 10 ans à qui M. Vincent a pratiqué l'ablation d'un *goître kystique*.

Cette enfant portait depuis plusieurs années une tumeur de la région cervicale développée surtout du côté droit de la trachée. Cette tumeur plongeait un peu en arrière du sternum et gênait la respiration d'une façon notable.

M. Vincent a fait l'extirpation complète de la tumeur: il s'agissait d'un kyste à contenu hémorrhagique.

Résultat parfait. L'enfant respire très bien et n'a qu'une petite cicatrice insignifiante.

DOUBLE PIED BOT VARUS ÉQUIN TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA TARSOTHRIPSIE.

M. B. Lyonnet présente une troisième malade qui était atteinte d'un *double pied bot varus équin* très marqué, rendant la marche excessivement difficile. Cette enfant fut d'abord opérée sans résultat par un autre chirurgien, qui lui fit la ténotomie des tendons d'Achille et ensuite l'opération de Phelps.

M. Vincent a alors pratiqué l'opération qu'il propose dans ce cas, la *tarsothripsie*. Il a en quelque sorte broyé le tarse

Digitized by Google

de cette petite fille avec l'ostéoclaste de Robin et avec les mêmes fractures des malléoles. Puis le pied a été mis en bonne position dans un appareil plâtré.

Le résultat est très bon, l'enfant marche bien. On lui fait porter un tuteur pour éviter de nouvelles déformations.

SUR L'ACTION ANTISEPTIQUE DES ALCALOÏDES.

M. Cadéac : Les phénomènes intimes de la vie des cellules de l'économie et des microbes étant identiques, tous les éléments vivants assimilant les mêmes aliments et désassimilant des poisons analogues, il m'a paru intéressant de rechercher si les alcaloïdes, si toxiques pour les animaux, sont également dangereux pour les microbes. J'ai ensemencé des tubes de gélose additionnés d'une dose de 1 à 10 centigrammes d'un alcaloïde avec des cultures pures du microbe pyocyanique. J'ai constaté que les alcaloïdes oxygénés, fixes, n'ont qu'une action insignifiante sur la végétation et sur la fonction chromogène de ce microbe.

Ainsi : l'aconitine, la vératrine, la strychnine, la brucine, l'atropine, l'émétine, les alcaloïdes de l'opium (morphine, papavérine, thébaïne, méconine, narcotine, narcéine, codéine) la cinchonidine, la cocaïne, n'empêchent nullement le microbe pyocyanique de cultiver.

Quelques-uns, à des doses très élevées (1 décigramme par tube de gélose), en suppriment la fonction chromogène et en diminuent la végétabilité ; ce sont : la caféine, la théine, la théobromine et l'ésérine. Deux autres, la quinine et la quinidine, sans arrêter l'évolution des cultures, changent la couleur du produit sécrété. Les cultures pyocyaniques prennent, au contact de ces cultures, une coloration jaune.

Les glycosides et les acides se comportent comme la généralité des alcaloïdes fixes. Le microbe du pus bleu végète librement dans les tubes de gélose additionnés de 1 décigramme de digitaline, de cantharidine, d'asparagine, de jalapine, de salicine, d'amygdaline, de saulanine, de phlori-

Digitized by Google

zine, d'helléboréine, de saponine, de glycyrrhizine et de pyrocatéchine.

Seuls les alcaloïdes non oxygénés volatils sont nettement antiseptiques. La nicotine et la cicutine, à la dose d'une goutte, arrêtent presque totalement le développement du microbe pyocyanique et suppriment sa fonction chromogène; si le microbe est plongé dans la nicotine ou la cicutine pures, il est tué en moins de dix minutes; mais un contact de cinq minutes n'entraîne pas toujours sa destruction.

M. Guinard. Les alcaloïdes ont une action différentes suivant les êtres vivants. En descendant l'échelle, la susceptibilité s'amoindrit. La chèvre peut recevoir 30 grammes de morphine dans le tissu conjonctif sans en être incommodée. La nicotine et la cicutine, au contraire, agissent très bien sur les animaux inférieurs; ce sont, comme le dit M. Cadéac, des alcaloïdes volatils. Le jus de tabac est employé, en effet, en agriculture comme antiparasitaire.

M. Mayet. Les alcaloïdes agissent surtout par l'intermédiaire du système nerveux; l'homme doit par conséquent y être plus sensible que les autres organismes.

M. Dor rappelle à ce sujet que les lapins sont réfractaires à l'action de la belladone; on peut les nourrir avec les feuilles de cette plante. Il croit en somme à des idiosyncrasies.

M. Guinard. La loi générale de diminution de la susceptibité suivant le degré de l'échelle animale n'en reste pas moins exacte.

DU NAPHTOCRÉSOL ET DU LYSOL

Par MM. Cadéac, professeur de clinique, et L. Guinard, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire.

NAPHTOCRÉSOL.

Le naphtocrésol, produit nouveau, préparé à Nîmes par M. Boyer, pharmacien-chimiste, est une substance qui, par son aspect, sa couleur, son odeur, la façon dont elle se comporte avec l'eau se rapproche tellement de la créoline et du crésyl, qu'on peut très bien la confondre avec ces préparations.

C'est, en effet, un liquide brun, visqueux, à odeur

Digitized by Google

pénétrante de goudron, insoluble dans l'eau, avec laquelle il forme une émulsion blanche, très opaque; soluble dans l'alcool en toutes proportions.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, c'est un mélange de phénolates, de naphtols et de savons de résine en solution dans les hydrocarbures. Il a, à peu de choses près, la composition suivante :

Carbures d'hydrogène (homologues supérieurs du benzol, naphtolènes, etc. 35

Phénols en combinaison sodique. 15

le tout émulsionné par les savons de résine grâce à un tour de main spécial.

A notre connaissance, cet antiseptique n'a pas encore été étudié; nous avons cherché le parti qu'on peut en tirer.

Les solutions de 1, 3 et 5 °/₀, déposées à la surface de tubes de gélose où l'on a ensemencé un microbe, empêchent celui-ci de cultiver. Si l'on plonge dans une solution de naphtocrésol à 1, 3 ou 5 °/₀ l'extrémité d'un fil de platine imprégné de culture de bacilles pyocyanique, de bacillus coli ou de sang charbonneux d'un cobaye, mort vingt-quatre heures après l'inoculation; voici les résultats observés :

A. — Solution à 1 °/₀ diminue la végétabilité des microbes après un contact de 15 minutes; mais leur vitalité n'est détruite qu'après 40 minutes, dans les conditions où nous avons opéré.

La solution à 5 °/₀ tue les microbes après 5 minutes de contact; et enfin au titre de 5 °/₀, le naphtocrésol se montre toujours antiseptique.

Sur les microbes du pus, le naphtocrésol en solution à 1 °/₀ se montre plus actif que le lysol; il stérilise ces microbes en moins de 15 minutes; à 3 et 5 °/₀, il produit le même effet en moins de 6 minutes.

La toxicité du naphtocrésol est nulle ou à peu près nulle, il faut en donner des doses assez fortes pour provoquer des symptômes d'empoisonnement; d'ailleurs, par le tube digestif, il est presque impossible d'empoisonner les animaux, qui

Digitized by Google

le vomissent toujours, même lorsqu'il est très dilué dans l'eau.

Les préparations aqueuses à 5 % ne sont pas caustiques et n'irritent ni les mains de l'opérateur, ni les plaies.

Nous leur ferons cependant le même reproche qu'aux préparations créolinées, c'est d'être opaques et de laisser déposer une sorte de précipité qui se voit très bien au fond des récipients, et qui peut, en s'accumulant dans les anfractuosités des plaies, devenir une cause de complication.

Les essais que nous avons faits, du naphtocrésol à la clinique, dans le traitement des maladies de la peau, des eczémas vulgaires du chien, des catarrhes de l'oreille, dans le pansement des plaies, les lavages de l'utérus et du vagin ne sont pas défavorables au naphtocrésol. Nous le rapprochons, pour ces emplois divers et pour ceux que l'on pourrait faire dans la pratique de la désinfection prophylactique, de la créoline et du crésyl, auxquels il paraît un peu supérieur.

LYSOL.

C'est Gerlach qui, en cherchant à isoler les parties constitutives de la créoline, a préparé la substance à laquelle il a donné le nom de lysol.

Dès le début, il a considéré ce médicament comme un bon antiseptique, non toxique et capable de rendre de grands services dans le pansement des plaies, le lavage de l'utérus et du vagin. Après lui, Schotellius, Cramer, Hanel, Hang, Szumann, etc., se sont occupés du lysol et semblent très satisfaits de ses effets.

Parmi les publications récentes, en médecine vétérinaire, nous avons trouvé celle de Sosna Bremen. Le jugement de cet auteur est favorable au lysol ; les succès qu'il a obtenus à l'aide de ce médicament ont été tellement remarquables, qu'il n'emploie plus ni l'acide phénique, ni la créoline.

Le lysol est un savonate alcalin de crésylol contenant environ 50 % de ce produit; il s'obtient en traitant le crésylol impur de houille par la potasse en présence de corps

Digitized by Google

gras ou résineux. C'est un liquide jaune, très foncé, brunissant légèrement à l'air, à odeur pénétrante de créosote. Soluble dans l'eau distillée et l'alcool, il donne, avec l'eau ordinaire une solution blanche ressemblant à une décoction de quinquina; cette solution paraît s'altérer à la longue, car son odeur s'atténue considérablement.

Quand on mélange parties égales d'eau et de lysol on obtient une sorte de gelée mobile, peu consistante, rappelant par son aspect la gelée de coings ou le savon de potasse.

Cette substance donne la mousse persistante avec l'air.

Le lysol est, en somme, un produit mal défini, un mélange de crésylol, xylénol et autres composés appartenant à la série aromatique, rendus solubles par du savon.

Le lysol passe pour être plus antiseptique que le phénol, ce qui trouve sa justification dans la présence de l'acide crésylique qu'il contient, acide dont le pouvoir microbicide est supérieur à celui du phénol.

Ce fait étant exact, car nous l'avons constaté expérimentalement, s'ensuit-il que le lysol soit un antiseptique méritant de prendre la place des nombreux produits qui l'ont précédé, voire même de la solution au millième de sublimé, comme le prétendent ceux qui le prônent? C'est ce que nous nous sommes proposé d'établir par l'expérimentation et par la clinique.

Nous nous sommes servis du microbe pyocyanique, du bacillus coli, de la bactéridie charbonneuse et du pus en nature que nous avons soumis à l'action du lysol en solution.

Nous avons utilisé des solutions à 1, 3 et 5 °/₀.

Lysol à 1 °/₀ : Après un contact de 3 à 4 minutes, le microbe pyocyanique est détruit. Quatre à cinq minutes de contact tuent le bacille coli.

Le sang d'un cobaye mort du charbon en 24 heures est stérilisé par un contact d'une minute avec le lysol à 1 °/₀.

Le pus en nature, traité par le lysol à 1 °/₀ pendant 25 minutes renferme encore des microbes qui cultivent sur la gélose.

Lysol à 3 °/₀ : 1/2 minute de contact suffit pour tuer le

Digitized by Google

microbe pyocyanique, le bacillus coli et le microbe du charbon.

Pour le pus en nature, il faut arriver à un contact ayant une durée supérieure à 30 minutes pour neutraliser tous les microbes.

Lysol à 5 °/₀ : Naturellement très actif sur le microbe pyocyanique, le bacillus coli et le charbon. La résistance des microbes du pus en nature est toujours très grande et comparable à ce qui a été dit pour les solutions à 3 °/₀.

De ces faits nous concluons que le lysol est un microbicide efficace, mais nous ferons remarquer pourtant qu'il est certains germes qui résistent à son action et qui ne mérite pas en somme d'être considéré comme un antiseptique universel.

L'emploi d'un antiseptique nécessite des recherches sur sa toxicité. Schatellius (de Freiburg) prétend que le lysol est peu dangereux. Il a injecté 2 grammes de cette substance pendant 14 jours dans la peau d'un lapin sans tuer cet animal.

Les résultats que nous avons obtenus sur le lapin ne concordent pas absolument avec ceux de l'expérimentateur allemand.

Nous avons constaté aussi que l'injection journalière et fractionnée de 8 gr. de lysol en solution à 4 °/₀ est dangereuse pour le chien ; des symptômes toxiques ne tardent pas à apparaître, et avec 8 gr. donnés en une seule fois on peut empoisonner un animal de 12 kilog.

L'emploi de la solution à 4 °/₀ dans le tissu conjonctif est aussi dangereux quand le médicament atteint la dose de 5 à 10 gr. suivant la taille du sujet.

Par curiosité, et comme complément de ce que Delplanque a déjà cité a propos du crésylol, nous avons recherché les effets consécutifs à l'emploi des doses massives du lysol. Un chien de 17 kilog. est tué par l'administration de 20 gr. de lysol pur dans l'estomac. Comme symptômes, on note dès le début l'hypersalivation, l'affaiblissement, l'incoordination motrice, l'ivresse, puis l'insensibilité absolue, l'impossibilité

Digitized by Google

de se tenir debout et des mouvements convulsifs choréiformes des membres et des mâchoires. Le cœur, la respiration sont ralentis et la baisse de température considérable. Un de nos chiens a atteint, après 9 heures, 23°,2. Les urines sont claires, peu abondantes, pauvres en urée, albumineuses et contiennent des produits éliminés partiellement par cette voie.

Dans le tissu conjonctif, l'injection de 10 gr. de lysol en solution à 4 °/₀, douloureuse au début, a déterminé de la torpeur et de l'abattement avec hypersalivation et insensibilisation définitive du point d'injection.

On peut remarquer aussi que par cette voie la toxicité du lysol est moins considérable que par la voie stomacale.

Cette différence résulte de la lenteur de l'absorption, déterminée par l'action corrosive et coagulante du produit.

Cette propriété nous paraît si prononcée qu'elle est de nature à restreindre considérablement son emploi en chirurgie.

D'aucuns prétentent cependant que le lysol n'est pas irritant ; il est facile d'avoir la preuve du contraire, il suffit de se laver avec une solution de 3 ou 5 °/₀ pour éprouver des fourmillements, des crampes, une sensation de crispation, analogue à celle que produit l'acide phénique en solutions fortes.

Il paraît produire des effets analogues sur les plaies. Les animaux supportent mal les pansements au lysol. Nous l'avons employé sans succès dans le catarrhe auriculaire et diverses formes d'eczéma du chien.

Sur un chat atteint de gale sarcoptique, les lavages avec une solution à 3 °/₀, continués pendant quinze jours n'ont pas donné de résultat ; on a dû revenir à un autre médicament.

Dans les pansements nombreux de plaies opératoires du pied, des membres, des plaies d'aryténoïdectomie, etc., le lysol employé aux titres conseillés par les auteurs, n'a jamais prévenu la suppuration, et les solutions à 1 et 3 °/₀ se sont montrées de beaucoup inférieures aux solutions de sublimé à 1 °/₀₀. Ces résultats concordent d'ailleurs avec ce que

Digitized by Google

nous avons constaté dans nos recherches bactériologiques.

Nous devons à la vérité d'ajouter que malgré çà, les plaies conservent un bel aspect.

Conclusions. — Le lysol est certainement un microbicide supérieur à l'acide phénique, à la créoline, au crésyl et autres produits analogues, mais il n'est cependant pas préférable aux antiseptiques classiques. Son activité n'est pas extraordinaire, car il n'est vraiment efficace qu'employé en solutions que nous croyons caustiques et irritantes.

S'il n'est pas destiné à un grand avenir en chirurgie, il pourra rendre des services sérieux dans l'application des mesures prophylactiques propres à prévenir l'apparition ou l'extension des épidémies et des épizooties.

En particulier, on peut le conseiller dans la désinfection des locaux, des habitations, des fosses d'aisances, des wagons, des navires, des quais d'embarquement, des étables, des écuries, etc.

Il a l'avantage d'être soluble, peu coûteux et assez énergique.

TUBERCULE EXTRA-SYNOVIAL.

M. Perriol, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Gangolphe. C'est un enfant de 14 ans qui portait à la partie inféro-interne du fémur un tubercule juxta-synovial. Ablation. Guérison complète au bout de trois se-semaines.

MALADIE DU CŒUR.

M. Aurand, interne des hôpitaux, présente un cœur provenant du service de M. Weill.

Pendant la vie on avait constaté un souffle systolique occupant la synoviale, se prolongeant pendant le petit silence et se terminant par une élévation de la tonalité produisant un piaulement.

Digitized by Google

A l'autopsie, on trouve une insuffisance mitrale, une insuffisance tricuspidienne. Sur la valvule mitrale quelques concrétions de forme verruqueuses et un cordage tendineux de 10 centimètres inséré en bas sur la face externe du pilier droit et en haut à 1 centimètre des valvules sigmoïdes par une sorte d'expansion fibreuse.

Le piaulement était dû à la vibration de ce cordage.

SUR QUATRE CAS DE GRIPPE.

M. le professeur LÉPINE fait une communication sur quatre cas de grippe, et met en relief ce fait qu'il peut y avoir une grande similitude entre la grippe et le pneumo-typhus. Chez tous ces malades, on constatait des foyers bien localisés de râles crépitants de moyen calibre, parfois du souffle avec matité ou submatité. Diarrhée profuse. Douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite. Les symptômes physiques de pneumonie n'ont duré que quatre jours.

Chez deux de ces malades il y eut du délire, et en raison du diagnostic de dothiénentérie porté au début, ils furent baignés.

M. G. ROUX, en examinant le sang des malades, vit la formation très hâtive de réseau fibrineux, emprisonnant les globules rouges et blancs. Dans ce réseau il vit un organisme mobile, présentant les caractères d'un diplo-bacille lancéolé très fin, très ténu et moins long que le pneumocoque de Frænkel.

Ce diplo-bacille est animé d'une mobilité qui lui donne des caractères pathognomoniques.

Dans d'autres préparations, M. Roux a rencontré un grand nombre de bacilles appartenant à l'une des formes qu'il a décrites avec M. Teissier.

M. TEISSIER trouve dans la communication de M. Lépine, la confirmation de ce qu'il a déjà avancé, à savoir l'analogie entre certaines formes de dothiénentérie et de grippe.

Dans certains cas, M. Teissier a même observé des taches rosées lenticulaires en grand nombre. Dans un cas terminé par la mort on a pu constater l'intégrité du tube digestif et des plaques de Peyer.

Pour trancher le diagnostic, on peut, à l'exemple de M. Roux, rechercher le diplo-bacille dans le sang où il n'a qu'une vie fugitive, ou bien dans les selles et les urines où l'on peut presque toujours le rencontrer.

Digitized by Google

M. Mayet confirme ce qui vient d'être dit, et croit que les observations des Allemands sont entachées d'erreur, parce qu'ils ne connaissent pas les hématoblastes de Hayem.

POPULATION DE LA GAULE ET DE LUGDUNUM.

M. Humbert Mollière fait hommage à la Société d'un ouvrage ayant pour titre : *Statistique gallo-romaine.— Recherches sur l'évaluation de la population des Gaules et de Lugdunum et la durée de la vie chez les habitants de cette ville du I^er^ au IV^e^ siècle.* D'après l'auteur, si les anciens ne nous ont pas laissé, à proprement parler, de statistiques, si les chiffres exacts nous font défaut à leur sujet, on peut à l'aide d'autres éléments chercher à reconstituer les données historiques pour lesquelles ils nous paraissaient de prime abord indispensables. En s'adressant en même temps qu'à l'histoire, aux renseignements fournis par la topographie des lieux, l'archéologie et l'épigraphie, il est arrivé à des résultats intéressants qui permettent de se faire une idée du nombre des habitants de l'ancienne Gaule et de Lugdunum en particulier.

Suivant M. Mollière, pour apprécier le chiffre de la population d'un territoire dans l'antiquité, il faut tenir compte des lieux habités dès l'origine, en même temps que de ceux qui étaient alors certainement recouverts de forêts ou de marais. En outre, César et Strabon nous ayant appris qu'à leur époque la population d'une ville ou d'une nation était égale au quadruple du nombre des hommes en état de porter les armes, M. Mollière a pu, à l'aide des effectifs d'armées qui nous ont été transmis par les *Commentaires*, déduire le nombre des habitants de la Gaule entière qui, au premier siècle de notre ère, ne devait pas dépasser huit millions d'âmes, alors que d'après les mêmes méthodes, on peut estimer à 140 millions la population entière de l'Empire romain à la même époque.

En ce qui concerne les villes, M. Mollière s'est adressé à

Digitized by Google

la méthode suivie pour Rome par Dureau de la Malle et qui consiste à tenir compte dans les évaluations, de la superficie des lieux habités, de la configuration du sol et de la nature des édifices qui le recouvraient. Le tracé des murs d'enceinte fournit une donnée capitale pour les évaluations de ce genre. Ainsi, les découvertes archéologiques nous ayant appris quelle était la superficie du vieux Lugdunum, et l'étendue des lieux habités circonscrits par ses murailles, il a été possible de fixer approximativement le nombre des habitants de la ville romaine à 60,000 âmes et à 70,000 en tenant compte des territoires occupés par la cité gauloise sur la presqu'île et vers le confluent.

D'après M. Mollière, et contrairement à ce qu'on admet généralement, si les Gaulois transalpins furent célèbres dans l'antiquité par leur intrépidité et leur courage, ils étaient loin d'être aussi nombreux qu'on l'a cru jusqu'à ce jour. Quant à Lugdunum, il est certain qu'elle n'a pas été une grande capitale suivant nos idées modernes, ni même jamais d'une surface égale à la ville actuelle, mais politiquement et commercialement elle arriva rapidement à une situation prépondérante.

M. Mollière étudie ensuite les conditions d'hygiène et de salubrité de la ville. Avec ses monuments bien espacés, ses larges rues et un magnifique système hydraulique qu'on n'a pas encore surpassé, il est difficile de rien imaginer de plus favorable pour ses habitants. L'auteur a donc cherché quelles étaient les conséquences de ce bien-être qui se traduit toujours par un chiffre élevé de la durée de la vie. Pour apprécier cette dernière, il s'est adressé à l'épigraphie et, le premier, il a eu l'idée de réunir les âges fournis par les inscriptions funéraires pour en tirer des moyennes.

Cette méthode nouvelle lui a donné des résultats tout à fait inattendus et du plus grand intérêt. Ainsi, il a pu nous apprendre que la durée de la vie était très courte dans les villes gauloises, telles que Lugdunum, Vienne, Nîmes, Narbonne, Toulouse, mais quelle était plus longue en Italie, à Ravenne, Capoue, Naples, etc., excepté pourtant à Rome,

Digitized by Google

où la longévité était la même que dans notre cité à cause du nombre immense de ses habitants et de l'encombrement qui en résultait.

Un fait intéressant que M. Mollière a également mis en relief, c'est la mortalité extrême chez les femmes pendant toute la période des fonctions maternelles. Il l'attribue avec raison à la trop grande précocité du mariage autorisée par la loi romaine.

L'auteur a également remarqué que lorsque les historiens, d'accord avec les inscriptions, signalent à un moment donné l'existence d'un grand nombre de centenaires ou gens très âgés dans une ville ou une province, tout porte à croire que le niveau de la vie pour les autres hommes devait être aussi très élevé. Il a trouvé ainsi que les centenaires étaient excessivement rares dans les Gaules, à Lugdunum aussi bien qu'à Rome même, tandis qu'ils sont plus nombreux dans les villes de l'Italie, et particulièrement fréquents dans les inscriptions de la province d'Afrique.

Comme on le voit, ces données sont parfaitement en harmonie avec les résultats fournis par les moyennes tirées d'âges provenant de longues séries d'inscriptions : elles paraissent donc tout à fait inattaquables.

Enfin, M. Mollière a appliqué ses recherches de démographie ancienne au problème actuel de la dépopulation de la France.

En dehors des causes religieuses, morales et physiques de cette dépopulation qui menace de faire descendre notre pays au dernier rang parmi les nations modernes, il est une donnée historique intéressante qu'il est le premier à avoir mise en relief; c'est le peu de fécondité de la race celtique dès son origine. Après avoir envoyé des colonies dans le centre de l'Europe et jusque dans l'extrême-Orient, on les voit toutes disparaître en peu de temps, et la populatio gauloise se perd en quelque sorte au milieu des territoire envahis. A l'aide des textes anciens et d'ingénieux rapprochements, M. Mollière démontre que du I^er^ au IV^e^ siècle, l population de la Gaule était restée presque stationnaire, e

Digitized by Google

qu'au moment de la conquête romaine, aussi bien que par la suite, il lui fut toujours nécessaire de recourir à la Germanie pour maintenir sa population.

Comme surcroît de preuves, l'auteur cite l'opinion d'un de nos habiles statisticiens, M. Levasseur qui a démontré que depuis Charlemagne jusqu'à nos jours la population de la France s'était toujours accrue avec une extrême lenteur. Ce phénomène s'est donc manifesté durant toute l'existence historique de notre race. A l'objection qu'on pourrait faire de la fécondité des Canadiens, l'auteur répond que la Nouvelle France fut exclusivement colonisée par des Normands dont l'origine saxonne est bien connue. Il croit aussi que l'extrême fécondité des Irlandais, peuple de race celtique, peut s'expliquer très simplement par le mélange continu de sang anglo-saxon pendant une période de près de dix siècles d'asservissement.

L'histoire nous apprend au contraire que les Germains ont été très féconds dès l'origine, et cette fécondité de la race s'est perpétuée jusqu'à nos jours.

C'est bien par l'excès du nombre qu'ils nous ont vaincus.

MICROCIDINE.

M. Guinard rend compte des expériences qu'il a entreprises sur les propriétés de la microcidine. Cet antiseptique est irritant pour les voies respiratoires.

Il a des propriétés antifermentescibles à 1,25 °/₀₀ ou a des effets nuls à 5 °/₀₀. On peut conserver assez longtemps des fragments de muscles.

La microcidine s'élimine par les voies urinaires, elle empêche la putréfaction de l'urine.

Elle se comporte d'une façon différente vis-à-vis des différents microbes (bacille pyocyanique, bactéridie charbonneuse, microbe de la suppuration), et vis-à-vis du même microbe ses propriétés sont bien différentes suivant les cas sans qu'on puisse dire pourquoi.

Digitized by Google

C'est une substance qui n'est pas toxique, fort peu irritante et sans odeur.

Une solution à 5 °/₀₀ a paru produire de bons effets dans certains cas de catarrhe purulent des muqueuses chez les animaux.

M. Marduel rappelle qu'à Paris M. Tarnier a obtenu de bons résultats des injections intra-utérines de microcidine après l'accouchement.

ÉPILEPSIE JACKSONNIENNE; TRÉPANATION.

M. Paliard présente un malade du service de M. Lépine. Homme de 50 ans, trépané pour une épilepsie jacksonienne à crises subintrantes survenues chez un paralytique général. En janvier, M. Jaboulay appliqua sept couronnes de trépan au niveau de la scissure rolandique avec pont osseux soulevé seulement et rabattu ensuite pour empêcher la hernie du cerveau. Écoulement d'une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Accidents consécutifs de 48 heures de durée. Puis guérison de l'épilepsie jacksonienne; amélioration des troubles de la parole.

M. Augagneur demande si on n'a pas eu affaire simplement à une période de rémission de la paralysie générale.

M. Mayet se demande si on n'avait pas affaire à une lésion méningo-encéphalique autre que la paralysie générale.

TOXICITÉ DE L'URINE DANS LE PURPURA SIMPLEX.

M. le docteur Kohos (de Manchester) fait une communication sur la toxicité de l'urine, et sa valeur pronostique chez un malade atteint de purpura simplex.

L'urine avec laquelle l'auteur a fait ses recherches expérimentales a été recueillie sur un enfant de neuf ans atteint de purpura simplex avec état général grave.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. Kohos 1° L'urine dans l'état pathologique est plus toxique qu l'urine normale, puisque le premier jour un lapin, du poid

Digitized by Google

de 100 grammes, succomba avec une injection intra-veineuse de 15 c. c., au bout d'une heure et demie, et en moyenne une urotoxie est représentée par 45 c. c. de l'urine normale de l'homme par kilogramme d'animal (Bouchard).

2° L'expérience de l'urine des malades sur des animaux présente certainement une importance considérable au point de vue du pronostic, mais absolument rien au point de vue du diagnostic, comme le pense M. le professeur Semmola.

CYSTITE AVEC HÉMATURIE A LA SUITE D'UNE INJECTION D'EAU SÉDATIVE DANS L'URÈTRE.

M. MARTEL, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Gangolphe.

Ce malade est porteur d'ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales symétriques des deux yeux.

Blennorrhagie datant de trois mois. Cystite. Hématurie légère, il y a trois semaines, à la suite d'une injection urétrale d'eau sédative.

Actuellement, grande amélioration locale. Peu d'efforts et peu de douleur dans les mictions.

Les ecchymoses se sont donc développées dans une période d'amélioration notable des phénomènes de cystite.

Il y a huit jours, le malade a remarqué une ecchymose du sillon palpébral inférieur de l'un des deux yeux, puis le cul-de-sac conjonctival fut rapidement envahi. Le surlendemain, mêmes phénomêmes pour l'autre œil.

Actuellement, les deux yeux sont envahis : ecchymose du sillon palpébral inférieur et ecchymoses sous-conjonctivales remontant jusqu'au niveau du bord inférieur de la paupière supérieure.

Les épanchements sont déjà en résolution.

Pas de troubles oculaires. Pas d'autres hémorrhagies. Très bon état général.

A remarquer : la coïncidence de ces ecchymoses avec une

Digitized by Google

affection des voies urinaires, leur développement en dehors des efforts de miction, et leur symétrie de développement.

RÉTENTION D'URINE ; GASTRO-STOMIE.

M. Martel présente un morceau d'os qu'un vieillard, atteint d'hypertrophie de la prostrate avec rétention d'urine, s'était introduit dans la vessie dans des tentatives de cathétérisme avec un instrument défectueux. M. Gangolphe a été obligé de pratiquer la cysto-stomie pour combattre la rétention d'urine et extraire le corps étranger. (Sera publié *in extenso*.

NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE ; MOUVEMENTS INVOLONTAIRES.

M. Lépine relate deux observations de névrite périphérique infectieuse avec atrophie des membres supérieurs. Il a remarqué chez ces deux malades des mouvements involontaire des doigts qui se produisent dans les circonstances suivantes :

Quand le malade, couché dans son lit, maintient les mains en suspination, on voit se produire des mouvements involontaires très faibles, très lents dans les doigts, se traduisant par une légère flexion de la phalangette.

Sans affirmer que ces mouvements involontaires sont d'origine périphérique ou médullaire, M. Lépine les donne comme un symptôme nouveau à rechercher dans les cas de névrite.

TUMEUR ÉRECTILE ÉNORME DE LA FACE.

M. Villard, interne des hôpitaux, présente un jeune homme de 20 ans, portant une tumeur érectile énorme de la moitié droite de la face et ayant débuté à la naissance par une tache lie de vin de la paupière inférieure.

Digitized by Google

Elle est constituée par une série de mamelons ou plutôt de petits lobes de volume variable, séparés les uns des autres par des fissures d'une coloration violacée, surmontés de poils en certains points et diminuant de volume par la compression. Les mouvements de l'œil sont conservés, mais la vision est abolie. Il existe une autre tumeur, mais bien volumineuse au sommet de la tête. Le malade réclamant une intervention, M. Maurice Pollosson a l'intention d'esssayer l'électrolyse dans les points où la tumeur a peu d'épaisseur, puis de pratiquer l'extirpation et de combler la perte de substance à l'aide d'une autoplastie.

SUR LA PATHOGÉNIE DU DIABÈTE.

M. le professeur Lépine réfute la doctrine que M. Thiroloix a récemment soutenue relativement à la pathogénie du diabète pancréatique. D'après M. Thiroloix, les lésions du pancréas ne produisent le diabète qu'en agissant sur le système nerveux. Cet auteur aurait produit une glycosurie (temporaire à la vérité), par une simple section du pancréas; et, d'autre part, une injection d'essence de térébenthine, tenant en dissolution du bitume de Judée, poussée dans le canal de Wirsung amènerait une atrophie du pancréas sans amener de glycosurie. De ces deux expériences, M. Thiroloix conclut qu'il n'y a pas de ferment glycolytique,

M. Lépine a répété les expériences de M. Thiroloix : quant à la simple section de la glande, il est possible que dans des cas exceptionnels elle produise une glycosurie temporaire, comme tout traumatisme abdominal, mais, pour lui, il ne l'a pas observée; et quant à l'injection d'un liquide inoffensif dans le canal de Wirsung, il a observé qu'elle a pour effet d'amener une augmentation considérable du pouvoir glycolytique du sang (les dosages ont été faits par M. Regaud). Il n'est donc pas étonnant que dans les premiers temps il ne se produise pas de diabète ; et au bout d'un certain nombre de jours, quand l'atrophie du pancréas

Digitized by Google

existe, il s'est fait un développement vicariant des glandes qui, en dehors du pancréas, produisent accessoirement, dans les conditions normales, une certaine quantité de ferment glycolytique.

Ainsi, on comprend parfaitement que l'atrophie du pancréas ne soit pas suivie de diabète, comme l'est l'extirpation de cet organe, puisqu'elle produit dans les premières heures au moins, un effet diamétralement opposé à l'extirpation, à savoir l'exagération du pouvoir glycolytique du sang, exactement comme la section des nerfs pancréatiques, qui, elle aussi, probablement en déterminant une circulation plus active dans le pancréas, exagère le pouvoir glycolytique du sang.

La pression exercée dans l'intérieur des canaux pancréatiques a-t-elle pour effet de stimuler les cellulles pancréatiques, ou bien fait-elle passer mécaniquement dans les veines le ferment glycolytique préalablement formé ? — C'est ce qu'il est difficile de dire. — Contre la dernière opinion, on peut objecter que dans le pancréas extrait du corps de l'animal on ne trouve jamais de ferment glycolytique en quantité bien appréciable ; mais ce résultat négatif ne prouve pas qu'il n'y ait pas de ferment glycolytique *préformé* dans le pancréas, car il est possible que la trypsine détruise le ferment glycolytique et empêche ainsi d'en reconnaître l'action dans l'organe isolé du corps de l'animal.

CANCER DE L'ESTOMAC ET GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

M. Rivière présente une malade sur laquelle M. Jaboulay a pratiqué, il y a environ deux mois, une gastro-entéro-anastomose pour un cancer du pylore. Depuis l'opération, la malade n'a plus eu ni douleurs, ni vomissement ; elle s'alimente d'une façon convenable et a augmenté de poids. M. Rivière fait remarquer que l'état général de la malade est excellent. Quant à la tumeur du pylore, elle est encore assez volumineuse et ne paraît pas avoir diminué de volume.

Digitized by Google

CANCER DU PYLORE. *a)* ENTÉRO-ANASTOMOSE AVEC L'ESTOMAC; *b)* ANASTOMOSE DE LA 3e PORTION DU DUODÉNUM AVEC LE JÉJUNUM.

M. COMMANDEUR donne des détails complémentaires sur la malade dont M. Jaboulay a parlé dans la dernière séance.

Il s'agit d'une femme de 53 ans, atteinte d'un néoplasme du pylore dont le début remonte à quatorze mois et caractérisé par des douleurs très vives après l'ingestion des aliments, des vomissements quotidiens, des hématémèses, etc.

Après laparotomie, M. Jaboulay établit une anatomose entre la partie supérieure du jéjunum et l'estomac au niveau de la grande courbure. Pour éviter l'accumulation de débris alimentaires dans le duodénum, fait observé chez une de ses opérées, M. Jaboulay établit une seconde anastomose entre la troisième portion du duodénum et le jéjunum. Cette deuxième anastomose siège sur le jéjunum à environ 25 centimètres de la première.

L'opération a été pratiquée le 18 mai. La température n'a pas dépassé 38°,6. Trois jours après, aliments liquides; le septième jour, la malade a mangé du poulet et l'a assez bien digéré; le neuvième jour elle se lève. Il n'y a eu aucun vomissement depuis l'intervention. La malade a augmenté de poids (500 grammes en douze jours).

M. MAYET exprime un desideratum. Il fait remarquer qu'il serait intéressant d'étudier chez cette malade les modifications survenues dans les actes chimiques de la digestion.

MYXO-SARCOME; LIGATURE DE LA VEINE FÉMORALE; GUÉRISON.

M. CHAPUIS présente un homme de 64 ans arrivé le 9 mai dans le service de M. le docteur Jaboulay, avec un gros myxo-sarcome développé au tiers moyen de la face antéro-interne de la cuisse, dans la gaine des vaisseaux fémoraux.

Digitized by Google

Ce néoplasme, qui datait de 15 ans, avait amené dans ces deux dernières années de l'œdème par gêne de la circulation veineuse et des douleurs irradiées dans tout le membre.

L'opération, faite le 11 mai, fut extrêmement laborieuse, en raison de l'envahissement de tout le tissu cellulaire péri-vasculaire de la large base d'implantation de la tumeur qui enveloppait la veine et l'artère. Après de très grandes difficultés, l'artère put être dégagée; mais M. Jaboulay fut obligé de lier la veine ouverte dans l'arrachement du néoplasme qui avait poussé des racines jusque dans sa lumière.

M. Jaboulay craignait d'être obligé d'amputer le membre, mais le malade n'a jamais eu de signe de gêne circulatoire (ni œdème, ni taches bleuâtres, ni fourmillements, etc.), et aujourd'hui, moins de trois semaines après l'opération, il peut quitter l'hôpital abolument guéri, sans que rien dans l'aspect ou dans la fonction du membre puisse trahir l'intervention qu'il a subie.

M. Chapuis a tenu à montrer ce malade à la Société, comme un exemple de plus en faveur de la doctrine chirurgicale qui prétend qu'on doit lier la veine fémorale seule dans les plaies de ce vaisseau, et non l'artère seulement, comme le faisait Gensoul, ou l'artère et la veine tout à la fois, comme c'est l'usage en Allemagne, depuis les idées de Langenbeck et Braun. En effet, la ligature de l'artère seule est insuffisante pour arrêter l'hémorrhagie; la ligature simultanée des deux vaisseaux est une opération illogique et dangereuse. Braun a montré dans une statistique les dangers de ce dernier procédé :

Ligature de la veine.	2	gangrènes sur	17 cas.
Ligature des deux vaisseaux.	7	—	15 cas.

En France, depuis les travaux anatomiques de Sappey, Richet, Nicaise, depuis les récriminations de Verneuil, les chirurgiens font la ligature de la veine seule.

Du reste, MM. Jaboulay et Condamin, par une série d'expériences exposées en détail dans la thèse de Brico (Lyon, janvier 1890) ont démontré que les courants de dérivation

Digitized by Google

veineuse sont nombreux et bien suffisants, en cas d'annulation de la veine fémorale. Il existe trois grandes voies collatérales principales :

1° Voie postérieure : le sang emprunte les *ischiatiques* et les *fessières* pour venir dans l'hypogastrique ;

2° Voie antéro-interne : le sang revient à la veine iliaque primitive et à la cave inférieure par les veines *honteuses externes*, *obturatrices* et *veines du bassin*.

3° Voie postérieure profonde : empruntant les veines *rachidiennes*, *sacrées*, *lombaires* et *azygos*.

PLAIE DE L'ARTÈRE ET DE LA VEINE HUMÉRALE.

M. Chapuis présente une malade de 24 ans qui a reçu au niveau du bord interne du biceps un coup de couteau qui a intéressé l'artère et la veine humérale gauches. Une double ligature a été pratiquée, il y a quelques jours, et l'on n'observe aucun trouble appréciable dans la circulation du membre.

TRÉPANATION POUR UNE FRACTURE DU FRONTAL.

M. Chapuis met sous les yeux de la Société l'hémisphère cérébral droit d'un malade qui a été trépané pour une fracture du frontal avec esquilles. Plusieurs jours après sont survenus de nouveaux symptômes de compression avec paralysie alterne. M. Jaboulay appliqua trois nouvelles couronnes de trépan et put constater des signes de méningo-encéphalite avec hématome. L'hématome fut ouvert et un drain fut placé dans la cavité en vue de favoriser l'écoulement des liquides.

TÉTANOS TRAITÉ PAR LES BAINS FROIDS.

M. Rivière communique deux observations de tétanos traumatique avec hyperthermie.

Chez un premier malade, âgé de 11 ans, le tétanos survint

Digitized by Google

à la suite d'une plaie du talon. Insuccès de l'opium et du chloral. La température atteignant 41 degrés, MM. Garel et L. Gignoux, qui soignaient le malade, donnèrent un bain froid. Il y eut un abaissement considérable de la température; les crises de trismus ne se renouvelèrent pas et le malade était guéri en sept à huit jours.

Le sujet de la deuxième observation était âgé de 15 ans. A la suite d'une plaie du cuir chevelu il fut pris en janvier 1889 de trismus avec contracture de la nuque et opisthotonos. L'opium à la dose de 5 à 6 centigr. et le chloral à la dose de 4 gr. restèrent sans effet. Le thermomètre, marquant 39°,5, puis 40°,2, M. Garel fit mettre le malade au bain. Après le bain, température à 38°,5; toute la journée, diminution des contractures; urines claires, abondantes.

Au bout de trois à quatre jours, nouvelle élévation de température; second bain; nouvel abaissement de la température. De nouveaux bains (trois ou quatre) furent administrés toutes les fois que la température s'élevait au-dessus de 39°.

Enfin, le 15 février, dernier bain pour combattre une aggravation subite du mal avec 40° de température. Le malade peut marcher après ce dernier bain. La température n'est plus remontée, et le 9 mars la guérison était complète.

M. Rivière rappelle que Brodie, et en particulier les médecins vétérinaires, ont eu recours au froid pour combattre le tétanos. Il remarque que MM. Bouveret et R. Tripier ont rapporté dans leur livre sur le traitement de la fièvre typhoïde des observations de typhoïdiques atteints de symptômes tétaniformes, et chez lesquels les bains froids ont eu un plein succès. Il conclut que chez les deux tétaniques dont il vient de relater l'histoire les bains froids ont considérablement aidé à la guérison.

M. Augagneur remarque que depuis la thèse de Richelot la pathogénie du tétanos a donné lieu à de nombreux travaux qui ont jeté un jour tout nouveau sur cette maladie. Quant au traitement du tétanos aigu, il est à trouver. On signalait à ce moment un cas de guérison par l'ésérine.

L'expression de tétanos céphalique employée par M. Rivière dans l'une de ses observations est impropre. Ce tétanos, toujours limité aux muscles

Digitized by Google

du cou, ne s'étend jamais aux membres. Le pronostic est grave et la guérison rare.

Dans les observations rapportées par M. Rivière, la seconde surtout, il s'agit d'un tétanos subaigu dont le pronostic est bien moins grave.

Quand dans une attaque de tétanos, la température s'élève dans les trois ou quatre premiers jours au-dessus de 40 degrés, il n'y a jamais de guérison. La médication hydrothérapique paraît paradoxale à M. Augagneur dans le traitement de cette maladie.

M. Rivière dit que les bains furent donnés à la température de 27 degrés. L'amélioration a toujours suivi immédiatement l'administration du bain, et la coïncidence de cette amélioration avec l'abaissement de la température est une forte présomption en faveur de la balnéation.

M. Mayet trouve M. Augagneur trop sévère dans ses appréciations sur le traitement du tétanos, et trop optimiste en ce qui concerne la bénignité du tétanos subaigu. Le chloral guérit souvent cette dernière forme de la maladie.

M. Mayet croit moins à l'influence du bain sur le système nerveux que sur l'urination. C'est surtout comme diurétique que le bain froid agit. Et à titre de maladie toxique, le tétanos est justiciable de ce mode de traitement.

Il engage M. Augagneur à avoir recours, le cas échéant, à l'injection intra-veineuse du chloral. Il espère qu'il se montrera moins défavorable à cette médication qui a donné dans bien des cas les meilleurs résultats.

M. Augagneur accorde que seul le chloral ou associé à l'opium ou au bromure de potassium a donné des résultats satisfaisants dans le tétanos subaigu. Quant au tétanos suraigu, sa thérapeutique est à trouver. Il n'existe pas d'observation nette de guérison.

M. Mayet persiste à considérer comme supérieur à toutes les médications l'injection intra-veineuse de chloral, toujours sans danger, si l'on veut bien se conformer à la technique qu'il a fait connaître dans un mémoire présenté, il y a deux ans, à la Société des sciences médicales.

SUR UN CAS DE TÉTANOS.

M. Lépine fait une communication sur un cas de tétanos marche subaiguë.

Il s'agit d'un jardinier de 53 ans qui, le 27 avril, se fit, en tombant dans un escalier, une légère écorchure à la peau du crâne, à droite. Aucun pansement.

Le 10 mai, apparition d'une raideur au cou et à la mâ-

Digitized by Google

choire. A son entrée à l'hôpital le 14 mai, cet homme avait une rigidité générale, avec inclinaison de la tête vers l'épaule droite (du côté de la blessure, laquelle est cicatrisée); les dents peuvent s'écarter d'un centimètre; les membres supérieurs et inférieurs sont immobiles.

Traitement par le chloral à la dose de 8 grammes, par la bouche. Le premier jour, la température s'est élevée à 42° C., passagèrement, peut-être sous l'influence d'une injection sous-cutanée d'ésérine. Les jours suivants, la température s'est maintenue à 39°, sauf le 18, où quelques heures avant la mort il y a eu une élévation considérable (præagonale) de la température.

L'urine recueillie par la sonde a atteint généralement 800 cc. par jour, avec 30 à 35 gr. d'urée (par jour), c'est-à-dire un chiffre élevé. La courbe de l'acide phosphorique et de la chaux est précisément inverse de celle de l'urée. Ces dosages ont été faits sous la surveillance de M. Porteret, par M. Guyod.

Il est à noter que le chloral a progressivement amené la cessation de la rigidité. Le malade a succombé à cause de l'épuisement du cœur, qui était très irrégulier, et d'une bronchite purulente.

M. Mayet voudrait savoir comment le malade est mort. Il aurait voulu qu'on emploie les injections intra-veineuses de chloral selon la méthode qu'il a indiquée. Ces injections sont inoffensives, bien supérieures à l'antitoxine.

Elles agissent avec beaucoup plus de rapidité que le chloral pris par la bouche. Cette méthode des injections est la plus sûre et la moins dangereuse, si on l'emploie en suivant les règles qu'il a données. De plus, il fait remarquer que ce cas montre le danger du tétanos subaigu, qui entraîne souvent la mort.

M. Lépine n'a pas fait d'injections intra-veineuses, parce que le cœur était en mauvais état, il avait des irrégularités, le pouls était à 130. Il a donné 8 grammes de chloral à doses fractionnées. Il ne regrette pas d'avoir procédé de cette façon, puisque dès le lendemain la rigidité était déjà notablement moindre. En présence d'un cœur défaillant, il a cru être prudent en donnant le chloral par la bouche. Une injection intra-veineuse eût peut être causé la mort.

Digitized by Google

M. Mayet. Les injections intra-veineuses peuvent être pratiquées à dose aussi petite que possible ; on doit même essayer la sensibilité du malade ; on peut commencer par un centigramme. Il regrette qu'en présence d'une mort certaine on hésite à employer sa méthode.

SUR UN CAS DE TRÉPANATION.

M. Jaboulay présente quelques observations sur la trépanation qu'il a pratiquée sur le paralytique général présenté par M. Paliard dans la dernière séance

Il appliqua trois couronnes de trépan d'un côté et quatre de l'autre, et enleva la travée intermédiaire.

CYSTOTOMIE SUS-PUBIENNE.

M. Jaboulay fait une communication sur la cystotomie sus-pubienne. Il conseille de la faire non sur la ligne médiane, mais au milieu des droits pour avoir un sphincter.

CANCER DU PYLORE.

M. Lyonnet, interne des hôpitaux, présente les pièces anatomiques d'un malade mort dans le service de M. Lépine. Il s'agissait d'un cancer pylorique non généralisé, mais propagé par la chaîne ganglionnaire aux ganglions du médiastin et de ceux du cou.

FIBROMES UTÉRINS.

M. Chapuis présente des fibromes interstitiels enlevés par M. Jaboulay sur une femme présentant par ce fait des troubles graves du côté de l'utérus, du rectum et de la vessie.

L'extraction fut faite grâce à une laparotomie médiane.

Digitized by Google

MALADIE DU CŒUR.

M. Siraud, interne des hôpitaux, présente un cœur forcé, provenant du service de M. Clément. Malade entré deux jours auparavant avec asystolie et ascite. Double souffle à tous les orifices cardiaques.

A l'autopsie on trouva un cœur gorgé de sang en diastole, avec orifices forcés. Rigidité des valvules mitrales et aortiques, qui soudées ensemble, ne présentaient plus qu'une petite fente transversale.

AMYGDALITES BLANCHES.

M. Icard communique quatre observations d'amygdalites blanches observées dans la même famille. Avec MM. Catrin et Sallard il applique ce nom aux productions pultacées autres que la pseudo-membraneuse diphtéritique. Celle-ci est caractérisée par le bacille de Lœffler, tandis que dans les angines blanches les produits pseudo-membraneux sont constitués par une exagération du sebum, une desquamation épithéliale ou les débris de vésicules d'herpès.

L'intérêt de cette communication réside dans la contagiosité de ces angines encore appelées pultacées. Les difficultés qui entourent le diagnostic dans certains cas, et en cas d'erreur la responsabilité du médecin à l'égard de ceux qui entourent le malade, et vis-à-vis de l'autorité, car prochainement la loi fera au médecin l'obligation de déclarer les maladies contagieuses.

Voici en quelques mots l'exposé des faits : Le 18 mai 1892, mandé le soir auprès d'une domestique de 30 ans, malade depuis le matin, M. Icard constate chez elle les symptômes d'une amygdalite pultacée avec vive réaction fébrile. En raison des nombreux points blancs disséminés sur les amygdales, il la déclare suspecte et fait éloigner les cinq enfants de la maison, qui dans la journée ont plusieurs fois visité la malade.

Digitized by Google

Le 19 au soir, un garçon de 13 ans se plaint d'un mal de gorge avec nombreux dépôts pultacés sur les amygdales. Moins de fièvre que chez la domestique. Il n'est pas isolé de ses frères et sœurs. L'une d'elles avait eu la scarlatine deux mois auparavant. Celle-ci n'a pas eu d'amygdalite.

Le 23, amygdalite blanche avec fièvre intense et délire chez un garçon de 11 ans, et le 24, même localisation chez une jeune fille de 14 ans. Chez aucun il n'existe trace d'éruption.

En quatre ou cinq jours, tout est terminé sous l'influence de la médication suivante : vomitif, purgatif, antipyrine, chlorhydrate neutre de quinine, gargarisme mielle avec addition de vinaigre rouge et quelques attouchements des points blancs avec une solution d'acide salicylique à 3 pour 100.

Quelle était la nature de ces amygdalites blanches? S'agissait-il d'une diphtérie atténuée ? M. Icard ne le pense pas, tout en convenant que l'examen bactériologique seul eût pu trancher la question.

Résumons l'état local présenté par les quatre malades : vives douleurs dans la gorge, dépôts pultacés sur les deux amygdales, les uns s'enlevant facilement, les autres non. Dans trois cas, extension sur les piliers antérieurs sous forme de fausses membranes, blanches, minces, se détachant plus ou moins facilement, pas d'ulcération de la muqueuse; érosions polycycliques très nettes dans un cas, engorgement ganglionnaire; traces d'albumine chez une malade ; disparition rapide des dépôts pultacés, dans un seul sas (la bonne) une fausse membrane existait encore au bout de six jours ; chez deux malades, herpès facial, mais mal formulé.

Voilà bien des caractères qui plaident en faveur de la nature herpétique de ces angines (herpès de la gorge); mais la contagion, des plus évidentes dans ces cas comme dans l'épidémie familiale d'angine blanche dont Catrin a présenté l'histoire à la Société, il y a dix-huit mois, légitime un doute et justifie la dénomination banale d'*angine blanche* sous laquelle l'auteur a présenté ses observations.

Pendant la courte durée de cette petite épidémie, et en

Digitized by Google

présence du caractère contagieux de la maladie, M. Icard se rappelait non sans quelque appréhension le fait signalé par le professeur Peter (Dict. des sciences méd.). Il s'agissait d'une angine couenneuse simple constatée chez une bonne, que le médecin ne jugea pas utile d'isoler et qui guérit d'ailleurs rapidement. L'enfant de la maison fut contagionné et la maladie gagna le larynx. La trachéotomie fut pratiquée en présence de M. Gillette qui, rassuré par les fausses membranes minces et très blanches qui le lendemain tapissaient son pharynx, crut à un herpès et ne succomba pas moins quelques jours plus tard aux progrès de la diphtérie.

M. Bard admet en principe que certaines angines non diphtéritiques peuvent être contagieuses et mortelles.

Le diagnostic de diphtérie est toujours très difficile dans les formes légères. M. Bard ne croit pas que la présence du bacille de Lœffler suffise pour faire le diagnostic, attendu que récemment M. Martin, de Paris, a démontré que dans certains cas d'angine diphtéritique on ne trouva que des streptocoques. Il pourrait donc exister deux formes de diphtérie, et il serait intéressant de savoir si elles proviennent du même foyer.

M. Courmont croit plus que M. Bard à la valeur de la constatation du bacille de Lœffler comme élément de diagnostic. Du reste, la préparation microscopique d'une fausse membrane est facile et à la portée de tout le monde.

M. Courmont rappelle la communication de M. Roux et Yersin au congrès de Berlin sur leurs recherches absolument démonstratives de la valeur du bacille de Lœffler comme élément de diagnostic de la diphtérie.

M. Courmont insiste ensuite sur l'impossibilité de confondre le bacille de Lœffler avec le pseudo-bacille qui habite la bouche. Ce dernier est toujours en très petite quantité, et il est très difficile à cultiver. Au contraire, les bacilles de la diphtérie existent en nombre considérable dans tous les points de la préparation. On dirait une préparation de culture.

Au point de vue de l'hospitalisation, M. Courmont croit que l'on ne doit admettre dans les pavillons de diphtérie que les malades porteurs du bacille de Lœffler et admettre tous ces derniers.

M. Bard croit que cette mesure serait insuffisante, car il n'est pas absolument démontré que le bacille de Lœffler ne se développe pas que secondairement à la diphtérie. Dans ce cas rien n'empêche d'admettre que

Digitized by Google

la composition chimique des fausses membranes ne joue vis-à-vis du bacille de Lœffler le rôle favorisant que joue l'hyperthermie pour le développement du bacillus coli.

M. Courmont persiste à croire à la spécificité du bacille de Lœffler. Il rappelle que les cultures de ce bacille inoculées reproduisent la diphtérie et ses paralysies caractéristiques

D'autres microbes peuvent exceptionnellement donner lieu à des paralysies. Le bacille de Lœffler les reproduit à coup sûr, et actuellement on peut dire que c'est un des bacilles dont la spécificité est le plus généralement admise.

MALADIE DU CŒUR; LÉSIONS DES DEUX ORIFICES AURICULO-VENTRICULAIRES.

M. Lyonnet, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant du service de M. le Prof. Lépine.

Le malade à son entrée à l'hôpital avait tous les signes d'un rétrécissement mitral.

A l'autopsie, on trouva une oreillette droite avec des dimensions colossales et un rétrécissement de l'orifice tricuspidien. L'orifice mitral est également rétréci. Une symphyse cardiaque permettant à un épanchement péricardique de s'effectuer en arrière, sans pouvoir être apprécié, la pointe du cœur restait en contact avec les parois thoraciques.

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL D'ORIGINE ISCHÉMIQUE.

M. Devay, interne à l'asile de Bron, montre des pièces anatomiques (cerveau, cœur, rein) provenant d'une malade morte dans le service de M. Pierret.

Cette malade, âgée de 63 ans, entrée en octobre 1861, venait de l'Hôtel-Dieu. Le certificat d'entrée de M. Clément portait : « Atteinte d'aliénation mentale à forme de démence et consécutive à un ramollissement au foyer. » Voici les symptômes qu'on observait à cette époque : elle paraît comprendre et entendre les questions, mais elle ne peut y répondre qu'avec peine. Elle montre par des gestes la diffi-

Digitized by Google

culté qu'elle éprouve, elle indique sa langue. Lorsqu'elle va parler, elle remue les lèvres, puis prononce les mots à voix basse, et après de grands efforts, elle les répète en criant. Elle dit souvent : « J'ai perdu un tramway. »

Elle ne peut tirer la langue qu'après de grands efforts; celle-ci n'est pas déviée et ne tremble pas. Il existe du tremblement des lèvres, surtout au moment de l'émission des mots. La commissure labiale est déviée à gauche.

Elle a des hallucinations très nettes de la vue ; elle voit continuellement une forme devant elle et prétend ne distinguer ni le jour ni la nuit. Les pupilles, inégales, sont moyennement dilatées et réagissent peu à la lumière.

Aux membres supérieurs, paralysie à gauche, affaiblissement très marqué à droite. De temps à autre ils sont agités de secousses convulsives qui se communiquent au tronc.

Les membres inférieurs sont paralysés des deux côtés; il existe de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde plus marquée à droite.

Hyperesthésie sur toute la surface du corps, si ce n'est au bras gauche, où il paraît exister du retard dans la perception des impressions.

Au cœur, souffle systolique à maximum à la base et bruit de galop.

La respiration est irrégulière et a par moment le rythme de Cheynes-Stokes.

Les urines sont pâles, contiennent de l'albumine.

A peu près tous les huit jours, la malade avait des accès d'agitation durant deux jours, pendant lesquels elle refusait toute nourriture, poussait des cris épouvantables et cherchait à frapper. Souvent elle perdait connaissance, restait immobile quelques minutes, avait des convulsions des globes oculaires. Ces crises se terminaient par des vomissements porracés.

En février 1892, il existait de la paralysie complète des quatre membres.

En avril, elle eut des vomissements, une diarrhée abondante, de l'hypothermie (le thermomètre ne montait pas)

Digitized by Google

pendant les trois jours qui ont précédé sa mort, survenue par suite d'une pleurésie gauche et des progrès de son mal de Bright.

A l'autopsie, il existait peu d'adhérences méningées. L'encéphale pesait 1065, l'hémisphère gauche 420, le droit 432. A la face convexe, on voyait de nombreux points ramollis. Ils sont situés pour l'hémisphère gauche : 1° sur le pied de la deuxième frontale, empiétant sur le pied de la troisième; ce foyer s'étend jusqu'à la capsule externe qu'elle sectionne et détruit le pied de la troisième frontale : 2° sur frontale ascendante, vers le pied de la troisième ; 3° sur première frontale; 4° sur le lobe orbitaire, au voisinage de la branche horizontale de la scissure de Sylvius ; 5° sur pariétale supérieure, très près de son pied; 6° sur la circonvolution du cœur, qui est détruite. A côté de ces grands foyers, il en existe d'autres très petits et très nombreux. Sur l'hémisphère droit, les gros foyers sont en plus petit nombre et sont symétriques de ceux de gauche.

L'examen microscopique d'un de ces ramollissements fait par M. le docteur Paret a donné les résultats suivants : c'est un ramollissement ischémique très franc, avec de nombreux corps granuleux et dégénérescence des globules.

La moelle et le bulbe ont été examinés de même ; il n'existe pas de trace de sclérose des cordons latéraux.

Au cœur, les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent de petites végétations mûriformes. Il existe un peu d'athérome aortique.

L'estomac dilaté présente deux petites ulcérations.

Le foie, sclérosé, a un aspect muscade.

Les reins, très petits, pèsent 60 gr. La vessie est tigrée. La rate pèse 45 gr.

Pleurésie gauche avec épanchement abondant, et adhérences longues faciles à rompre. Poumon gauche atelectasié.

M. Pierret fait les remarques suivantes à propos de cette observation.

La lésion aortique explique tous ces ramollissements isché-

Digitized by Google

miques, multiples et petits; ils sont symétriques dans les deux hémisphères.

La diffusion des foyers de ramollissement rend presque impossible la localisation des symptômes observés. Cependant comme aliéniste on peut établir un rapport entre les hallucinations et le ramollissement du cerveau.

La multiplicité des lésions a donné naissance à une forme particulière de démence assez analogue à la démence paralytique, mais s'en différenciant nettement. Les crises convulsives avec agitation très vives survenant sont imputables soit aux lésions nouvelles, soit à des phénomènes de rappel, dus eux-mêmes à l'état urémique.

On peut enfin remarquer l'absence de lésions médullaires, malgré la trépidation épileptoïde.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Siraud, interne des hôpitaux, présente trois malades opérés par M. Jaboulay.

Dans le premier cas il s'agissait d'une vaste plaie après ablation de tumeur du sein. M. Jaboulay a fait des greffes suivant la méthode de Tiersch. Résultat bon.

La deuxième malade était entré à l'Hôtel-Dieu pour une péricardite suppurée. M. Jaboulay attira l'ovaire en dehors, le laissa à l'air sous un pansement. Au bout d'un mois l'ovaire est rentré spontanément dans le ventre.

La troisième malade fut opérée pour un bec-de-lièvre complexe. Excellent résultat.

SUR LA THORACENTÈSE DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX.

M. Mouisset fait une communication sur la « thoracentèse dans les épanchements pleuraux ». Il étudie la thoracentèse chez les pleurétiques et chez les malades atteints d'hydrothorax.

Digitized by Google

I. — *Pleurésie et thoracentèse.* — Dans la pleurésie, la thoracentèse est indiquée dans quatre circonstances :

1° Le malade asphyxie ;

2° L'abondance de l'épanchement expose le malade à la mort subite ;

3° L'épanchement ne se résorbe pas ;

4° On soupçonne la nature purulente de l'épanchement.

1° Lorsque le malade asphyxie, la thoracentèse est urgente, il ne peut y avoir d'hésitation.

2° L'épanchement est abondant : Dans ce cas, c'est un examen minutieux du malade qui fera reconnaître l'existence du danger. Le souffle, l'ægophonie, la broncho-ægophonie, la pectoriloquie aphone ont peu d'importance. La dyspnée est un symptôme infidèle. Les signes suivants ont une valeur de plus en plus grande. Étendue de la matité, abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Sensation de flot. Amplification du thorax. Déplacement des organes (matité de l'espace de Traube, abaissement du foie, déviation du cœur). Tendance syncopale.

Pour l'appréciation de ces symptômes on doit suivre les conseils de M. Potain, et il est vrai de dire avec M. Dieulafoy que le plus souvent le danger existe dès que l'épanchement a atteint deux litres. Mais exceptionnellement un épanchement de deux litres peut ne pas s'accompagner de symptômes graves, et inversement avec un épanchement moindre certains signes inquiétants peuvent être observés. Dans le premier cas l'utilité de la thoracentèse est discutable ; dans le second cas, l'indication d'opérer résulte du siège et de la tension du liquide dans la cavité pleurale.

3° L'épanchement ne se résorbe pas : Cette indication est la plus difficile à reconnaître. L'âge de l'épanchement est donné par les anamnestiques, et dans quelques cas par la forme de la courbe de Damoiseau (Potain). Mais en présence d'une pleurésie ancienne, il ne faut pas se hâter de conclure au défaut de résorption du liquide. On doit se méfier des causes d'erreur résultant des significations différentes, que

Digitized by Google

les mêmes signes peuvent avoir dans les périodes diverses de la maladie.

Il ne suffit pas de constater tous les signes de l'épanchement, il faut encore les comparer entre eux pour connaître leur valeur exacte. A une date éloignée du début de l'affection, la matité peut conserver la même étendue, alors que les modifications constatées dans la recherche du phénomène du flot indiquant l'abaissement du niveau du liquide, ou même la disparition de l'épanchement.

S'il est bien établi que la résorption du liquide ne se fait pas, on est autorisé à pratiquer la thoracentèse à partir de la fin de la troisième semaine. Mais la pleurésie aiguë n'est pas une maladie cyclique, et cette date peut présenter de grandes variations.

Dans les cas de pleurésies chroniques on peut également faire la thoracentèse en se rappelant que l'opération doit être pratiquée avec une prudence d'autant plus grande que le début de l'affection est plus ancien. Dans ce cas l'*exploration bi-manuelle* du thorax peut rendre de grands services. Si l'auscultation révèle chez le malade atteint de pleurésie des signes évidents de tuberculose pulmonaire, il paraît préférable de n'intervenir par la ponction que dans le cas d'asphyxie ou de menace de syncope.

4° Lorsqu'on soupçonne la nature purulente de l'épanchement on doit éclairer le diagnostic par la thoracentèse. Dans ce cas la ponction sera purement exploratrice chez l'adulte, et devra être suivie de la pleurotomie ; tandis qu'elle pourra être curative chez l'enfant.

II. — *Hydrothorax et thoracentèse.* — L'urgence existe comme dans la pleurésie lorsque le malade asphyxie.

De même, l'indication d'opérer peut résulter de l'abondance de l'épanchement. En effet, chez les malades atteints d'hydrothorax, l'épanchement est souvent plus considérable qu'on ne le croit, et dans ce cas la *sensation de flot*, mieux que tous les autres signes, permet de reconnaître la quantité de liquide contenu dans la plèvre. Le symptôme du *flot*, indique en général un épanchement d'un litre au moins. Or,

Digitized by Google

peut admettre que chez les malades atteints d'anasarque, un épanchement de ce volume doit avoir une certaine tension, résultant du défaut d'élasticité du squelette et de la congestion du poumon qui empêche le refoulement de cet organe. Dans ces conditions, le liquide exerce sur le poumon et sur le cœur une pression qui peut entretenir ou aggraver les symptômes d'asystolie. D'où on arrive à conclure que chez les malades atteints d'hydrothorax, même dans les cas où les autres signes ne permettent de croire qu'à un épanchement insignifiant, le *phénomène du flot* indique l'utilité de la thoracentèse.

A la suite de cette opération on peut voir survenir chez ces malades, une amélioration portant même sur les symptômes qui ne paraissent pas directement liés à l'existence de l'épanchement.

En l'absence du flot et de tout autre signe qui indique l'urgence d'intervenir, on se comportera dans l'hydrothorax comme dans la pleurésie chronique.

Bien que la thoracentèse pratiquée pour l'hydrothorax ne donne souvent qu'une amélioration passagère, il ne faut pas hésiter à procurer ce soulagement à des malades qui ne bénéficient pas beaucoup des autres médications.

Accidents consécutifs à la thoracentèse : La thoracentèse bien faite ne provoque pas la suppuration des épanchements séreux de la plèvre. Mais on peut observer à la suite de cette opération des accidents sérieux du côté du poumon, du cœur et du système nerveux.

Comment doit-on pratiquer la thoracentèse? En dehors des précautions aseptiques il convient d'apporter le plus grand soin à la ponction de la plèvre.

Pour éviter les accidents, on doit faire écouler le liquide *lentement*, et il est préférable de ne retirer qu'*un litre* dans une ponction.

Si, dans le cours de l'opération le malade tousse ou accuse une douleur, il faut immédiatement arrêter l'écoulement. Ces symptômes peuvent être très passagers et ne nécessiter que de courtes interruptions; mais si le moindre malaise

Digitized by Google

persiste, il faut retirer le trocart, quelle que soit la quantité de liquide écoulée et le volume supposé de l'épanchement.

M. Lépine partage l'opinion de M. Mouisset sur les indications de la thoracentèse.

M. Lépine annonce un prochaine communication sur la thoracentèse chez les pleurétiques tuberculeux. Dans l'hydrothorax l'indication d'une ponction est absolue, car jusqu'à l'évacuation du liquide, les médicaments sont mortels.

M. Humbert Mollière a écouté avec beaucoup d'attention l'intéressante communication de M. Mouisset dont il adopte les conclusions, sauf pourtant avec quelques restrictions.

Pendant sa carrière hospitalière déjà longue, M. Mollière a fait un grand nombre de thoracenthèses.

Jusqu'à l'époque des derniers perfectionnements de la méthode antiseptique, il ne pratiquait cette opération qu'avec une extrême répugnance, à cause de l'infection de la plèvre et de la transformation fréquente des épanchements séreux en épanchements purulents. Il ne ponctionnait que dans les cas d'épanchements considérables comprimant le poumon, amenant la déviation du cœur, donnant lieu à des phénomènes dyspnéiques avec menaces de syncope.

Il traitait les pleurésies aiguës suivant la méthode antiphlogistique et ne se décidait à évacuer la plèvre que lorsque le liquide était abondant et que toutes les autres médications avaient échoué.

Tout autre est sa manière de faire depuis l'inauguration de la méthode antiseptique. Avec des appareils nickelés qu'on peut absolument désinfecter, en ne négligeant aucune des autres précautions aujourd'hui classiques relatives au malade et à l'opérateur, la thoracentèse est devenue une opération tout à fait inoffensive. On peut ponctionner la plèvre sans avoir rien à redouter, non seulement lorsqu'on est en présence d'un épanchement manifeste, mais aussi lorsque le diagnostic est obscur et quand certains signes réputés pathognomoniques font défaut.

M. Mollière a vu plusieurs fois l'ægophonie manquer totalement avec des épanchements relativement abondants. De même aussi le souffle et la matité lui ont semblé parfois insuffisants pour en affirmer l'existence. Ce sont là des points sur lesquels il a du reste l'intention de revenir.

Le trocart peut impunément pénétrer dans la plèvre saine ou malade, voire même dans des portions de poumon altérées, sans donner lieu à la moindre réaction.

C'est pourquoi, de cette innocuité parfaite il est permis de déduire que les indications de la thoracentèse, telles qu'elles étaient formulées par les auteurs classiques, ont beaucoup perdu de leur importance.

Il faut donc percer le thorax toutes les fois qu'on croit à la présence

Digitized by Google

d'un épanchement trop considérable pour disparaître sous l'influence des vésicatoires et des médicaments internes.

Dans la pleurésie aiguë, s'il n'y a pas menace de syncope (car alors l'opération s'impose), on peut attendre que la fièvre ait cessé pour ponctionner, si l'épanchement n'a pas disparu rapidement à l'aide des autres médications généralement employées.

M. Mollière est d'avis que dans toute ponction il faut faire usage d'un trocart volumineux (le n° 2 de Potain, par exemple), même s'il s'agit d'une simple ponction exploratrice, car alors on a le bénéfice de retirer le liquide du premier coup. Très souvent les aiguilles fines s'oblitèrent, et on peut de la sorte être induit en erreur et méconnaître l'épanchement.

Dans les cas où quelques-uns des signes classiques de l'épanchement feraient défaut, il convient d'enfoncer obliquement le trocart, afin de ne pas blesser la plèvre ou le poumon s'il n'y avait pas de liquide. Tout dernièrement M. Mollière avait dans son service une malade atteinte d'ictère grave. Il soupçonnait l'existence d'un épanchement à cause de la matité jointe à la dyspnée extrême qu'elle présentait. Il ponctionna suivant ce précepte, mais sans succès, et ne retira pas de liquide. Cette femme ayant succombé peu après au progrès de la maladie primitive dont elle était atteinte, l'autopsie révéla, en même temps que l'absence de tout épanchement, l'intégrité complète de la plèvre viscérale et du poumon au niveau du point où il avait traversé la paroi. La matité était due à une congestion intense du poumon droit au-dessus du foie malade : la dyspnée avait pour cause la cholémie.

On n'a donc rien à redouter au point de vue opératoire de semblables interventions.

En prenant les précautions voulues, M. Mollière n'a jamais eu d'accidents pendant la thoracentèse, ni pneumo-thorax, ni expectoration albumineuse, ni syncope mortelle.

Chez un seul malade tuberculeux, porteur d'un énorme épanchement, avec déviation très accentuée du cœur, le brusque retour de cet organe à la place qu'il avait quittée durant le cours de la ponction donna lieu à une syncope, dont il fut d'ailleurs ramené très facilement au bout de quelques secondes par la respiration artificielle.

M. Mollière ajoute que ce malade sortit plus tard de l'hôpital dans un état satisfaisant.

De même que le professeur Dieulafoy, M. Mollière est d'avis de ne pas retirer plus d'un litre de liquide en une seule fois. Cependant, lorsque ce dernier remplit tout le thorax, on peut en surveillant très attentivement le malade en retirer une plus grande quantité. Il suffit de modérer la rapidité de l'écoulement, soit en diminuant avec le doigt le calibre du tube de caoutchouc adapté au trocart, soit même en l'arrêtant complètement d'instants en instants, afin de laisser au malade le temps de réaliser son équilibre respiratoire.

Digitized by Google

M. Mayet croit qu'à l'Académie de médecine, et M. Potain en particulier, ont exagéré les dangers de la thoracentèse. Il suffit d'être aseptique dans cette opération pour être inoffensif.

M. Mayet réprouve les vésicatoires, qui d'après lui seraient inutiles et rendent possible l'infection au moment de la ponction.

Il appelle l'attention de la Société sur certains épanchement sus-diaphragmatiques qui sont souvent volumineux et qui sont difficilement perceptibles, coiffés qu'ils sont par la base du poumon.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LES MÉDICAMENTS CONVULSIVANTS.

M. Pierret fait une communication sur le traitement de l'épilepsie par les médicaments convulsivants.

Depuis de longues années déjà, je poursuis des recherches sur le traitement des états convulsifs par les agents convulsivants, et les élèves qui suivent mes leçons ont été tenus au courant des résultats obtenus. Toutefois, je ne me serais peut-être pas encore décidé à faire la publication officielle des faits intéressants que j'ai déjà pu observer dans cette voie, si je ne m'étais vu contraint de prendre date par deux publications récentes.

L'une est l'annonce d'expériences faites dans le laboratoire de M. Pasteur, sur le traitement de l'épilepsie par le virus atténué de la rage; l'autre une communication de M. Féré à la Société de biologie sur l'action de la picrotoxine chez les épileptiques.

Vous n'ignorez pas que j'ai beaucoup étudié la rage au point de vue psychologique et anatomique, et, d'autre part, je tiens à rappeler qu'ici même, à propos de la relation d'un fait de trépanation heureuse sur une impulsive de mon service, je faisais remarquer qu'en face d'états convulsifs, on doit toujours tenir compte de l'action convulsivante de certaines toxines microbiennes.

Ceci posé, j'arrive à la communication de M. Féré.

En essayant la picrotoxine chez un de ses malades dont

Digitized by Google

les attaques étaient devenues très rares, cet auteur a vu les accès convulsifs revenir en grand nombre et par séries.

Il en conclut avec une apparence de raison qu'il ne faut jamais employer la picrotoxine chez les épileptiques.

Or, ce raisonnement même, je l'avais fait au début des recherches dont je vous entretiens aujourd'hui, mais à propos d'un autre médicament depuis longtemps employé dans le traitement de l'épilepsie : je veux parler de la belladone.

En lisant les remarquables travaux d'Albertoni, et en constatant que les expérimentateurs désireux d'obtenir plus facilement des convulsions provoquées chez les animaux, se voyaient obligés de leur faire absorber de l'atropine, j'avais tout d'abord conclu qu'il ne fallait plus donner d'atropine ou de belladone aux convulsivants.

Pourtant en y réfléchissant davantage et, respectueux d'ailleurs de résultats consacrés par nombre de cliniciens distingués, je ne tardai pas à penser que la belladone pouvait être utile dans certains cas d'épilepsie larvée.

Il est en effet bien reconnu que de toutes les formes de l'épilepsie, celle qui ne s'accompagne pas de grands accès moteurs, est de beaucoup la plus dangereuse pour l'intelligence. Bien des épileptiques affligés de maux de tête, de vertiges et de cette pléiade de malaises sensoriels et psychiques qui caractérisent le petit mal, soupirent après une grande attaque qui fréquemment les soulage.

On sait aussi que les épileptiques impulsifs souffrent réellement pendant tout le temps qu'ils préparent l'impulsion terminale toujours motrice sinon convulsive, et qu'ils se sentent soulagés quand ils ont dépensé trop souvent pour un crime une force nerveuse qui ne pouvait plus être retenue.

D'un autre côté, quand on examine d'un peu haut le fonctionnement du système nerveux, que l'on s'appuie sur les belles recherches de Schiff sur l'échauffement des centres nerveux, et qu'on se rallie comme je le fais aux conclusions de son élève, M. Herzen, on ne peut s'empêcher de reconnaître que toutes les manifestations de la vie organique ou psychique se réduisent à des mouvements. Les nerfs centri-

Digitized by Google

pètes eux-mêmes, que l'on appelle encore sensitifs, ne transmettent aux centres que des variétés de mouvements qu'ils puisent sans cesse dans les milieux extérieurs.

Ces formes du mouvement, suivant la grande loi de la transformation des forces, s'accumulent dans les centres nerveux sous une forme encore inconnue, puis retournent au monde extérieur sous forme d'actions chimiques, calorifiques, et surtout sous forme de travail des muscles striés ou lisses. Cette perpétuelle circulation de la force à travers nos organes constitue en réalité la vie, et il est plus que douteux que les éléments anatomiques de nos organes, même les plus hautement différenciés, puissent créer la moindre quantité de force.

Les épileptiques ne produisent donc pas dans leurs centres nerveux une force particulière, ils retiennent celles qui devraient s'écouler sans cesse, et ne pouvant plus les dépenser peu à peu, de mille façons, les dépensent en bloc par une décharge qui, fatalement, est toujours motrice.

Dans cet ordre d'idées, on voit bien qu'il y aurait chez certains épileptiques intérêt, non pas à réduire au minimum la circulation de la force, mais à la canaliser en quelque sorte en rendant plus viables ses routes ordinaires.

J'ai fait dans ce sens une série d'expériences qui m'ont donné déjà des résultats assez nets et assez concordants pour vous être présentés. Ils seront d'ailleurs consignés dans une thèse qui se prépare sous ma direction.

Chez beaucoup d'épileptiques vertigineux, je ne dis pas chez tous, la belladone donnée sous forme d'extrait, à doses variables, suivant la susceptibilité de l'individu, amène très souvent des attaques convulsives motrices franches. Les résultats sont tellement nets qu'en plusieurs occasions j'ai été accusé d'avoir rendu épileptiques des enfants qui jusqu'alors ne l'avaient jamais été. Les parents oubliaient que leurs malades avaient vu leur intelligence s'éclairer, leur caractère s'améliorer par le fait de décharges motrices. La force nerveuse qui se dépense d'un côté ne peut pas se dépenser de l'autre.

Digitized by Google

D'autre part, j'ai vu des épileptiques impulsifs sous l'action du même médicament, prendre des attaques motrices, par une sorte de virement artificiel de force nerveuse.

Ce remplacement d'un état convulsif par un autre est d'ailleurs depuis longtemps connu des cliniciens.

Ce résultat, très intéressant, soit au point de vue médico-légal, soit au point de vue de la défense sociale, n'est pourtant pas le seul auquel on arrive.

Ayant fait prendre en bloc de la belladone a la presque totalité des malades de ma section d'épileptiques, j'ai vu se développer chez toutes une agitation extraordinaire, plus accentuée chez celles dont les crises n'étaient pas augmentées de nombre.

Ici encore, du moins à mon avis, la force nerveuse se dépensait, mais graduellement, sous forme d'excitation diffuse. La division devint littéralement intenable pour les surveillantes, mais il n'y eut pas d'actes brutalement impulsifs.

Ce mode d'action du médicament me paraît devoir être rapproché de celui de l'hyosciamine dans la paralysie agitante cérébrale, chez les lypémaniaques ou les tabétiques en état d'inhibition.

Enfin, dans un certain nombre de cas déjà j'ai vu qu'après avoir augmenté les crises convulsives, au grand avantage de l'état mental, la belladone, et même la strychnine, comme mon chef de clinique, M. le docteur Royet, s'en est assuré, rendent plus facile, plus aisée et plus constante la circulation de force nerveuse, empêchent son accumulation intensive et soulagent les malades à tous les points de vue.

En terminant, je tiens à répéter que je ne fais ici qu'une communication préliminaire, me réservant de discuter en temps voulu certains points particuliers.

Digitized by Google

MAL DE POTT LOMBAIRE AVEC ABCÈS.

M. Perriol, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Vincent, chirurgien-major de la Charité. Il s'agit d'un enfant de cinq ans arrivé à l'hôpital en avril dernier. A son entrée on constatait un mal de Pott lombaire avec formation d'un abcès par congestion situé profondément dans la fosse iliaque droite.

M. Vincent fit une incision au-dessus de l'arcade crurale, une seconde au travers le carré des lombes, put ainsi atteindre et évacuer l'accès. Ce drainage lombo-inguinal, amena une cicatrisation rapide (cinq semaines).

Actuellement l'enfant, dont l'état général est bon, va partir pour Giens. Sous l'anesthésie, une exploration attentive montre seulement dans la fosse iliaque droite une sorte de cordon fibreux, vestige de l'abcès par congestion.

PHOTHOGRAPHIES STÉRÉOSCOPIQUES DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Garel présente quelques photographies stéréoscopiques selon la méthode de Donnadieu. Les photographies prises sous l'eau pour les pièces anatomiques présentent au point de vue de la netteté des avantages sérieux.

M. Arloing, rappelle qu'il y a sept ans, un jeune Anglais, très habile en photographie, a pris toutes les préparations du cours d'anatomie comparée et en a laissé une très belle collection à l'École vétérinaire.

M. Garel insiste sur la grande netteté des images obtenues par immersion. Avec l'appareil nommé physiographe, et qui est employé chez M. Gayet, on peut reproduire de grandes pièces.

CANCROÏDE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

M. Jamin, interne de M. Gangolphe, présente un jeune malade de 14 ans, opéré d'un cancroïde de la lèvre supérieure.

Digitized by Google

L'iodure ne l'avait pas modifié.

L'examen histologique fait par M. Bard dénota un épithélioma.

M. PONCET fait remarquer la rareté de cette lésion à cet âge et rappelle qu'il a opéré un jeune homme de 18 ans, atteint d'un épithélioma. Après une récidive la verge dut être sacrifiée.

SCARLATINE ; HOQUET PERSISTANT ; DRAP MOUILLÉ ; GUÉRISON.

Par le docteur CHAMBARD-HÉNON.

C... Albert, 34 ans, négociant, parents vivants et bien portants, deux sœurs jumelles, mortes d'accidents, a eu la fièvre typhoïde, forme grave, à 16 ans.

A. C... est maigre, nerveux, le teint très coloré ; il a une très mauvaise dentition, digère mal et a de la dilatation de l'estomac.

Il y a six mois il a eu des symptômes d'obstruction intestinale pendant dix ou douze jours ; cet état a cédé aux moyens ordinaires : purgatifs, lavements.

Le 7 juin 1892, il est pris de grands frissons avec rachialgie, vomissements.

Le 8 juin je vois le malade avec une belle éruption de scarlatine, angine érythémateuse. T. R. 38°,7.

Le 9 juin, le malade est pris d'un hoquet incessant, revenant de deux en trois minutes qui a duré sept jours, ne laissant au malade ni repos, ni trêve, ni sommeil, l'empêchant de boire, de s'alimenter, etc. Pendant ce temps, les urines étaient très rares, 200 grammes en 24 heures. Elles étaient très colorées, très sédimenteuses ; le sédiment se dissolvait par l'ébullition ; pas de traces d'albumine. T. R. 38°,6, 38°,8.

Justement préoccupé de cet état, j'ai employé la glace, les boissons gazeuses, la potion Rivière, les grands bains tièdes. J'ai essayé la suspension de la respiration, de faire

Digitized by Google

boire le malade très lentement, en un mot les petits moyens. Le malade avait été débarrassé des matières fécales de l'intestin par des lavements glycérinés, le ventre était souple. On ne pouvait penser à des symptômes d'occlusion intestinale.

J'eus alors la pensée d'agir sur la périphérie des nerfs phréniques. Je fis appliquer au creux épigastrique un large cataplasme chaud saupoudré de farine de moutarde; le hoquet s'arrêta pendant deux heures.

Encouragé par cette première rémission, je lui fis quelques heures plus tard 80 pointes de feu dans la même région et j'obtins encore une cessation du hoquet pendant deux heures.

Ces deux succès m'engagèrent à essayer d'agir sur toute la périphérie du système nerveux, à faire quelque chose d'analogue à l'immersion froide de Brand, espérant rompre le spasme et ramener la diurèse. On appliqua au malade le drap mouillé froid pendant cinq minutes toutes les trois heures. A la troisième application du drap mouillé le malade urina abondamment et le hoquet cessa. Chaque fois que le moment de renouveler le drap mouillé approchait, le malade était impatient d'employer ce moyen. Il répétait qu'il sentait que son hoquet allait le reprendre. Pendant ce temps la température était à 38°,6, 38°,4, 38°,2. Une demi-heure après le drap mouillé, la température baissait de quatre ou cinq dixièmes. Toujours pas d'albumine.

Le 13 au matin, M. le professeur Raymond Tripier voit le malade avec moi, constate son amélioration. Comme le malade, qui avait respiré fort mal avec ce hoquet si persistant, présente un peu d'obscurité de la respiration aux deux bases des poumons, il prescrivit une potion à l'eau chloroformée et au sirop d'éther. L'amélioration s'est vivement et définitivement maintenue; le malade a pris 29 fois le drap mouillé. Il a pris quelques bains tièdes à la période de desquammation.

Le 16 juin, je cesse de voir le malade qui est actuellement en déplacement de convalescence dans l'Ardèche.

Digitized by Google

Dans ce cas, je pense que le peu d'élimination urinaire qu'avait le malade a permis aux toxines scarlatineuses d'influencer les centres nerveux, de provoquer le spasme du diaphragme.

Le drap mouillé, en ramenant la diurèse et en rompant l'état nerveux, a permis au malade de guérir.

Je n'ai pas donné le bain froid prolongé, le malade n'étant pas à des températures élevées.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR L'ÉVOLUTION DE L'INFECTION CHARBONNEUSE.

M. FRENKEL. Nous avons repris les expériences de M. Arloing, commencées il y a dix ans, et concernant l'influence des sections nerveuses sur l'évolution de l'infection charbonneuse communiquée par l'inoculation des cultures virulentes dans une région plus ou moins complètement privée des filets du sympathique. Ces expériences portant surtout sur le lapin, et notamment sur la région auriculaire, font pendant aux recherches analogues publiées par MM. de Paolis, Roger, Ochotine sur l'évolution d'une maladie locale de l'érysipèle, après la section des nerfs de l'oreille chez le lapin.

I. Pour élucider la question de l'influence de la paralysie vaso-motrice sur l'évolution du charbon, nous avons fait cinq expériences comprenant un total de 18 animaux. Sur 10 lapins on a pratiqué la section du sympathique cervical et on a inoculé le virus charbonneux sous la peau de l'oreille correspondante, soit à la lancette, soit avec une seringue, 1, 6, 8, 16, 24, 60 heures après l'opération. Les huit autres lapins ont été inoculés purement et simplement et servaient de témoins.

La durée de survie des témoins et des lapins a été :

Digitized by Google

Lapins témoins		*Lapins dont le sympathique est coupé*	
Nombre	Survie après l'inoculation	Nombre	Survie après l'inoculation.
6	2 à 3 jours	1	1 jour 3/4 (1)
1	3 jours	1	2 à 3 jours.
1	réfractaire.	2	3 à 4 jours.
		2	4 à 5 jours.
		1	6 jours.
		3	réfractaires.

L'influence du moment de l'inoculation après la section du sympathique résulte du tableau suivant :

Lapins dont le sympathique est coupé.

Temps de l'inoculation après la section	Nombre de lapins	Survie après l'inoculation, en jours.
1 heure	3	2 1/2, 6, réfractaire.
6 —	1	3 1/2.
8 —	2	4, 4 1/2.
16 —	2	3, réfractaire.
24 —	1	1 3/4.
60 —	1	réfractaire.

II. Dans les expériences sur l'influence de la perte de la sensibilité, on a sectionné les deux nerfs sensitifs qui se rendent à l'oreille. Les témoins ont subi la même opération sur l'oreille opposée à l'inoculation pour qu'ils soient dans les mêmes conditions de résistance individuelle. Nous avons fait trois expériences sur 15 lapins dont 7 témoins.

La durée de survie a été :

Lapins témoins		*Lapins dont les nerfs sensitifs sont coupés*	
Nombre	Survie après l'inoculation	Nombre	Survie après l'inoculation.
1	2 jours	1	2 jours.
1	3 1/4	2	3, 3/4.
1	5	1	4 1/2.
4	réfractaires	1	6.
		3	réfractaires.

(1) Ce lapin était malade au moment de l'inoculation.

Digitized by Google

Ici, la proportion des lapins réfractaires à l'inoculation a été plus grande chez les témoins que chez les autres ; tandis que parmi les lapins qui ont subi la section du sympathique le nombre des lapins réfractaires a été plus grand chez les lapins opérés que chez les témoins.

L'influence du moment de l'inoculation se manifeste dans le tableau suivant :

Lapins qui ont subi la section des nerfs sensitifs.

Temps de l'inoculation	Nombre de lapins	Survie après l'inoculation, en jours.
Immé[t] après la sect.	4	3 3/4, 4 1/2, 2 lapins réfrac.
1 heure	1	6.
6 —	1	réfractaire.
16 —	1	3 3/4.
24 —	1	2.

De nos expériences nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'influence de la paralysie vaso-motrice sur l'évolution de l'infection charbonneuse après l'inoculation du virus charbonneux à l'oreille paralysée ne saurait être mise en doute. Cette influence retarde la mort des animaux opérés. Elle est d'autant plus marquée que l'inoculation suit de plus près la section du sympathique.

2° L'influence de la paralysie de la sensibilité sur l'évolution de l'infection charbonneuse après l'inoculation du virus charbonneux à l'oreille paralysée est plus difficile à mettre en évidence. En effet, la paralysie des filets vaso-moteurs contenus dans les branches des nerfs sensitifs complique les effets de la section nerveuse. En faisant la part de l'influence des filets sympathiques, il semble que la suppression de la sensibilité de l'oreille a pour conséquence d'accélérer l'évolution du processus charbonneux, et d'autant plus que la perte de la sensibilité persiste depuis plus longtemps.

3° Les influences nerveuses sur l'évolution du charbon, bien que certaines, sont peu marquées. Leur rôle n'est pas aussi considérable qu'on semble le croire, du moins en ce qui touche la première période de l'évolution du charbon, le

Digitized by Google

stade d'incubation. Les variations dans la virulence des cultures, le degré de réceptivité individuelle ; enfin l'état de santé ou de maladie des sujets ont une influence beaucoup plus marquée sur l'issue de l'infection et sur la durée de la survie.

4° La proportion des cas où les animaux ont été réfractaires à l'infection charbonneuse, chez les lapins opérés et chez les témoins indiquerait que la section du sympathique confère une certaine résistance dans le sens de l'immunité, tandis que la section des nerfs sensitifs, loin d'augmenter la résistance, augmente la sensibilité des animaux pour le virus charbonneux. Mais une telle conclusion serait prématurée. L'examen approfondi des détails des expériences montrent qu'il s'agit là plutôt des différences de réceptivité individuelle que d'une influence nerveuse.

5° Les sections nerveuses n'exercent pas d'effet appréciable sur la détermination de la voie par laquelle se fait la généralisation de l'infection après une inoculation locale. La voie lymphatique, dans la majorité des cas, est la voie principale. Dans ces cas-là, les sections nerveuses produisent l'influence sus-indiquée. Lorsque le virus charbonneux a déjà pénétré dans la circulation, la section des nerfs, soit vaso-moteurs, soit sensitifs, est probablement de nul effet.

SUR L'ACTION DU BAIN FROID.

M. Lépine fait une communication sur l'action du bain froid. Il rappelle que quelques auteurs ont trouvé une diminution de la dénutrition sous l'influence du bain froid et que d'autres ont eu des résultats précisément iuverses. Ses recherches se sont limitées à l'action qu'il exerce sur les ferments glycolytiques et saccharifiants du sang. Voici ce qu'il a observé :

Soit un chien bien portant ayant mangé la veille. On le fixe avec des liens dans une cuve renfermant de l'eau à 10°, 12° C. et on l'y laisse de 20 à 25 minutes. A sa sortie on dé-

Digitized by Google

termine à l'aide d'une petite saignée le pouvoir glycolytique et le pouvoir saccharifiant du sang : on trouve que le premier *est très diminué* et que le second paraît un peu augmenté. On remarque de plus que la teneur du sang en sucre est très élevée (près de 2 gr.), ce qui n'est pas étonnant à cause de l'augmentation du pouvoir saccharifiant et surtout de l'énorme diminution du pouvoir glycolytique. Ce n'est pas tout : l'analyse de l'urine montre que dans les premières heures qui suivent le bain, l'urée et le ferment saccharifiant y sont un peu diminués.

Ces résultats ne s'appliquent, je le répète, qu'à l'animal sain ayant mangé la veille. On remarquera que la réfrigération de l'animal n'a pas été excessive dans les conditions sus-indiquées, mais cependant fort intense, attendu qu'il y a une diminution de plusieurs degrés de la température centrale. Consécutivement l'animal s'est très bien porté.

Les dosages du sang ont été faits par M. Regaud et ceux de l'urine par M. Métroz.

PARALYSIE DU BRAS CONSÉCUTIVE A UNE ATTITUDE VICIEUSE.

M. Lyonnet, interne des hôpitaux, présente un malade atteint de paralysie du membre supérieur droit, consécutive à une compression pendant le sommeil.

M. Lépine, à propos d'une question de M. Poncet sur le pronostic de cette affection, répond qu'il croit à une amélioration, mais que néanmoins le pronostic est assez sombre.

M. Augagneur relate son observation. A la suite d'une chute de cheval il eut une paralysie du type Erb. L'électrisation ne lui causa aucune amélioration.

Actuellement, il est considérablement amélioré quoiqu'il n'ait fait aucun traitement.

M. Aubert parle d'un malade analogue à celui de M. Lyonnet. Il eut à la suite d'une compression du bras une paralysie du type Erb qui dura trois ou quatre mois. Il croit que les paralysies par compression sont moins graves que les paralysies consécutives aux traumatismes de l'épaule.

Digitized by Google

M Lannois croit que le pronostic est éminemment variable suivant les cas. Un ataxique à douleurs abdominales très vives, qu'il calmait en se couchant sur le ventre, eut une compression du plexus brachial qui guérit en un mois.

Les cas par compression ganglionnaire n'ont aucune tendance à guérir. Actuellement, il existe à Longchêne un malade atteint de paralysie du type Erb qui n'a aucune amélioration depuis le début de son affection, c'est-à-dire depuis deux ans.

M. Lépine insiste sur la gravité du pronostic des paralysies alcooliques.

Un alcoolique entré dans son service pour des troubles hépatiques, qui cessèrent rapidement par la suppression de l'alcool, fut pris de paralysie des quatre membres, auquel succéda une paralysie du diaphragme.

M. Lépine insiste sur les avantages que présente l'emploi de la strychnine sur l'électricité qui dans le cas cité plus haut n'a eu qu'une influence fâcheuse.

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE.

M. Leclerc, médecin des hôpitaux : J'ai l'honneur de présenter à la Société le cœur d'une malade qui a succombé à la salle des Deuxièmes-Femmes dans le service de M. Bouveret que j'ai eu l'avantage de suppléer.

Ce cœur présente dans l'oreillette gauche une grosse végétation en voie de désagrégation à son centre sous forme de polype, longue de plus de trois centimètres, large comme le pouce, mais plus mince, surtout au niveau de son insertion. Celle-ci a lieu sur l'anneau fibreux de l'orifice mitral au niveau du bord adhérent de la valvule correspondante, sur la partie postérieure de l'orifice dans une étendue de 2 centimètres environ. Cette zone d'insertion étant relativement mince, il a en résulte que la végétation est extrêmement mobile et se déplace avec la plus grande facilité.

D'autres végétations, grosses comme des têtes d'épingles, existent principalement sur les cordages tendineux, surtout au niveau de leur insertion sur les colonnes charnues dans le ventricule gauche. Les valvules ne sont pas épaissies, ni soudées, et l'orifice mitral n'est point rétréci.

Tous les autres orifices du cœur sont normaux.

Digitized by Google

Voici en quelques mots l'histoire de la maladie :

Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, d'apparence plutôt chétive, travaillant chez un photographe, qui, à la fin d'avril, fut prise par un rhumatisme articulaire aigu siégeant aux articulations des membres inférieurs. Elle n'entra à l'Hôtel-Dieu que le 26 mai et en sortit le 2 juin. Pendant ce premier séjour, on constata des articulations qui ne présentaient plus de fluxion depuis trois jours, mais une grande faiblesse et de la pâleur, un sang pâle, de l'albuminurie et encore de la fièvre (39°,5 le soir). Au cœur, on a noté à ce moment un souffle systolique de la pointe et un dédoublement du deuxième bruit. Il n'y avait ni frémissement, ni roulement diastolique.

Rentrée chez elle, la malade se trouva dans des conditions hygiéniques très mauvaises et endura même la faim. Aussi, six jours avant sa seconde entrée à l'Hôtel-Dieu, qui eut lieu le 29 juin, elle fut prise de frissons et de diarrhée, et M. le docteur Pic qui la vit à ce moment constata déjà un état typhoïde grave.

Du 29 juin au 3 juillet, jour de sa mort, nous avons assisté à un état infectieux, caractérisé par un aspect typhique, de la diarrhée, une rate grosse, des vomissements incessants les deux derniers jours, de l'albuminurie et une fièvre avec frissons et grande oscillations. Il n'y avait pas de taches rosées. Rien aux poumons. Au cœur, la pointe était dans le quatrième espace. Pouls régulier (120). Pas de frémissements à la main. Souffle systolique peu intense, rude, ayant son maximum à la pointe, se propageant peu du côté de l'aisselle. Le bruit dominant était un énorme dédoublement du second temps, à grand écart, fixe et s'entendant très fortement à la pointe, et même loin de la pointe dans la ligne axillaire. Le cœur fut ausculté avec soin tous les jours et les symptômes n'ont pas varié. Notre diagnostic fut : *Endocardite infectieuse développée sur une endocardite rhumatismale récente ; rétrécissement et probablement insuffisance de l'orifice mitral.*

L'évolution de la maladie et l'autopsie nous prouvèrent

Digitized by Google

que notre diagnostic d'endocardite infectieuse était exact.

En effet, qu'il nous suffise de rappeler les lésions d'endocardite végétante déjà décrites. Le cœur pèse 220 grammes. L'estomac et l'intestin, simplement congestionnés, ne présentaient aucune ulcération. Pas de tuméfaction des plaques de Peyer.

Les poumons ne présentaient pas autre chose que de l'œdème des bases. La rate pesait 420 gr.; le foie, 1,430 gr. Les reins 155 et 135 gr.; la substance corticale était pâle et manifestement graisseuse. Pas de pus dans le petit bassin. Pas d'abcès métastatiques, ni d'infarctus nulle part.

Le point que nous voulons mettre en relief, et sur lequel nous désirons appeler l'attention de la Société, c'est la symptomatologie cardiaque.

Nous pensons qu'en raison de son point d'insertion et de sa grande mobilité, la végétation s'engageait dans l'orifice mitral à chaque révolution cardiaque au moment du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule. Pour peu que le dégagement fût incomplet au moment de la systole ventriculaire, on n'a pas de peine à supposer que l'interposition d'une portion de la végétation dont la surface est irrégulière et anfractueuse gênait l'occlusion parfaite de l'orifice, et peut-être est-il possible d'expliquer de cette façon le souffle systolique. Mais pourquoi le rétrécissement mitral dû à l'obstruction incomplète et peut-être intermittente d'un orifice dont les dimensions sont d'ailleurs normales, ne s'est-il traduit que par un gros dédoublement ? Pourquoi pas de roulement diastolique et de frémissement présystolique ? Nous croyons pouvoir l'expliquer de la façon suivante : la veine fluide, si toutefois une veine fluide pouvait naître, venait se briser immédiatement contre la végétation enclavée, et c'est à cette extinction, pour ainsi dire sur place de la veine fluide que nous attribuerions l'absence de roulement diastolique et de frémissement présystolique.

Au point de vue bactériologique, du sang a été pris quelques heures avant la mort et a donné lieu à des cultures fertiles. Les résultats seront publiés ultérieurement.

Digitized by Google

Ces recherches bactériologiques seront faites par M. Courmont.

HERNIE CONGÉNITALE ET ECTOPIE TESTICULAIRE.

M. Rivière, interne des hôpitaux, présente un testicule enlevé au cours d'une cure radicale de hernie. Il s'agit d'un enfant de 7 ans n'ayant présenté rien d'anormal au point de vue de son développement. Depuis deux ans il a eu deux accès de pseudo-étranglement herniaire.

En présence d'une ectopie inguinale testiculaire, l'opération fut décidée. Après l'incision de la peau, M. Poncet tomba sur le canal vagino-péritonéal qui, ouvert, donna issue à une petite quantité (1/2 cuillerée) de liquide filant. Le testicule était profondément altéré, petit, transparent. M. Poncet s'efforça de dissocier les éléments du cordon ; mais devant l'impossibilité, la castration fut pratiquée.

M. Poncet, en faisant présenter cette pièce, a désiré que M. Rivière insiste sur deux faits : 1° sur la malformation du testicule ; 2° sur une proposition d'intervention.

Sur le premier point, il fait remarquer que le testicule était très déformé, petit, transparent ; de plus, le canal déférent était complètement séparé du testicule et terminé en cul-de-sac. Par conséquent il y avait absence complète d'épididyme. Ce fait est très rare. On n'en trouve que quatre cas, et encore MM. Monod et Terrillon prétendent qu'il n'y a jamais absence complète de l'épididyme. Des quatre cas publiés, ils n'en admettent que deux comme probants, l'un de Curling et l'autre de Godard. Mais il faut dire que cette absence a été constatée chez le cochon.

Ce fait est en contradiction avec la théorie embryogénique, qui admet que le canal déférent et l'épididyme proviennent du même organe, le corps de Wolff.

Sur le deuxième point, M. Poncet pense que dans le cas d'ectopie testiculaire avec hernie congénitale, si les éléments du cordon sont difficiles à dissocier, on est autorisé en rai-

Digitized by Google

son de la fréquence des altérations des testicules dans ces cas, à pratiquer la castration d'emblée.

RÉSECTION ATYPIQUE DU COUDE.

M. Perriol, interne des hôpitaux, présente un enfant de neuf semaines, chez lequel M. Vincent, chirurgien-major de la Charité, a pratiqué une résection atypique du coude. Le diagnostic à l'entrée était : ostéo-arthrite du coude, de nature tuberculeuse ayant débuté au dixième jour après la naissance. M. Vincent agrandit deux incisions faites par le médecin traitant avant l'entrée à l'hôpital, pratiqua la cautérisation profonde après ablation à la curette des portions épiphysaires de l'humérus et du radius. Actuellement, c'est-à-dire cinq semaines après l'opération, l'enfant va bien et les résultats fonctionnels sont très satisfaisants.

M. Vincent a pratiqué déjà deux résections du coude chez des jeunes enfants à une époque très rapprochée de la naissance.

Dans aucun de ces trois cas de résection il n'a été pratiqué d'examen histologique ou bactériologique ou d'inoculation aux animaux.

M. Aubert regrette qu'il n'ait pas été procédé à un examen bactériologique, car il est plus naturel d'incriminer, dans les cas signalés par M. Perriol, la syphilis que la tuberculose.

M. Poncet demande si M. Perriol a fait des recherches sur ces cas, qui sont généralement des ostéo-arthritiques syphilitiques.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR LE POISON CONTENU DANS L'AIR EXPIRÉ EN DIFFÉRENTS ENDROITS DE LA MÊME VILLE.

M. le docteur Kohos (de Manchester) : Brown-Séquard et d'Arsonval ont démontré qu'en condensant les vapeurs aqueuses qui sortent des poumons de l'homme et des mam-

Digitized by Google

mifères en parfaite santé on obtient un liquide toxique extrêmement puissant, capable de produire un empoisonnement en général promptement mortel. J'ai fait de nouvelles expériences qui confirment absolument les résultats de Brown-Séquard et d'Arsonval ; mais de plus, elles montrent que l'air expiré diffère de toxicité dans les différents endroits de la même ville.

On trouve en Angleterre, surtout à Manchester, un assez grand nombre de maisons construites dos à dos (*back to back houses*) et dans lesquelles la vaccination est incomplète et l'air impur. J'ai cru intéressant d'expérimenter jusqu'à quel point ce vice de construction pourrait être nuisible à la santé publique et pourrait augmenter la fréquence des affections pulmonaires et intestinales. Avec un liquide provenant de la condensation de l'air expiré recueilli dans les différents endroits de la même ville j'ai obtenu un liquide toxique que j'ai expérimenté sur des lapins.

A *Ancoats*, où les maisons sont construites dos à dos (*back to back houses*). Sur les quatre lapins dans le sang desquels j'ai injecté de 3 à 6 cc. de ce liquide, mes quatre lapins sont morts sans convulsions. En examinant les cavités thoraciques et abdominales, j'ai constaté que le cœur contenait beaucoup plus de sang rougeâtre que dans la mort ordinaire. J'ai observé des faits analogues à ceux rapportés par Brown-Séquard et d'Arsonval. Seulement de mes expériences résulte qu'il y a aussi une différence entre l'injection sous-cutanée et l'injection intra-veineuse. J'insiste sur ce fait, car avec le même liquide il m'a fallu injecter de 8 à 12 cc. par la voie sous-cutanée et de 3 à 6 cc. par la voie intra-veineuse.

A *Higher-Branghton*, autre point de la ville, où les maisons ne laissent rien à désirer sous le rapport de la construction et de la ventilation, sur 6 lapins dans le sang desquels j'ai injecté 3 à 6 cc. du liquide provenant de la condensation de l'air expiré et recueilli à Higher-Branghton, rien ne se produit. Ces six lapins qui ont reçu cette quantité de liquide dans la veine marginale interne de l'oreille n'ont point suc-

Digitized by Google

combé comme dans les quatre premières expériences faites à Ancoats. Il m'a fallu pour les faire succomber injecter encore 5 cc. à chaque lapin. Il résulte de mes expériences que l'air expiré dans ces maisons dos à dos est plus toxique que dans les maisons où la ventilation est bien établie.

En résumé, ces expériences me semblent assez démonstratives pour conclure :

1° Que l'air expiré varie de toxicité suivant l'endroit où il est recueilli ;

2° Qu'il y a certainement un résultat différent entre les injections faite par la voie sous-cutanée et l'injection faite par la voie intra-veineuse.

PIED BOT A TRAITER PAR LA TARSOTRIPSIE.

M. Laurençon présente un petit malade du service de M. Vincent à la Charité. C'est un enfant de 4 ans 1/2 atteint d'un pied bot varus équin double très prononcé. La difformité est tellement accentuée que la plante du pied regarde en arrière et en haut, et que pendant la marche c'est la partie externe de la face dorsale et la saillie de la tête de l'astragale qui reposent sur le sol.

M. Vincent va appliquer à ce malade sa méthode thérapeutique habituelle : la *tarsotripsie*. Après ténotomie, il va, à l'aide de l'ostéoclaste de Robin légèrement modifié, faire subir à ces pieds des manœuvres telles que les déformations vont disparaître. M. Laurençon n'insiste pas sur les détails opératoires qu'il décrira bientôt, M. Vincent ayant bien voulu lui confier ce sujet pour sa thèse : il veut simplement que les membres de la Société puissent constater eux-mêmes les beaux résultats de cette méthode, en examinant aujourd'hui cet enfant qui leur sera présenté de nouveau dans un mois, lorsque les bénéfices de l'opération seront acquis.

Digitized by Google

PRÉSENTATION DE DEUX SQUELETTES DE MONSTRES CÉLOSOMIENS.

M. L. GUINARD, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire présente deux squelettes de veaux monstrueux célosomiens :

« J'ai l'honneur de présenter, à l'état de squelettes, deux monstres célosomiens, que j'ai déjà eu l'avantage de montrer entiers, dans des séances antérieures.

J'ai indiqué sommairement les caractères principaux de ces types, assez rares, il me reste simplement à compléter mes précédentes descriptions en signalant les faits que j'ai recueillis en disséquant ces monstres.

L'un d'eux est un *streptosome;* il présentait une éventration à la fois abdominale et thoracique, avec mise à nu complète des viscères. Sur la pièce squelettique on voit beaucoup mieux la déviation de la colonne vertébrale qui, dès le milieu de la région dorsale, s'incurve légèrement en haut et fortement en avant et à gauche, de telle façon que le train postérieur est reporté sur le côté gauche du train antérieur et que la région lombo-sacrée affecte une situation parallèle à la région cervicale.

Contrairement à ce qui se voit sur le squelette, les membres étaient allongés en avant et dépassaient le bout du nez.

Une disposition remarquable des côtes est très évidente sur la pièce que je présente : les trois premières normalement situées s'insèrent en bas sur un sternum imparfait, formant ainsi une sorte de cavité thoracique, incomplète en arrière dans laquelle était logé le cœur. A partir de la quatrième côte, et plus à droite qu'à gauche, on voit ces pièces osseuses se redresser en haut progressivement de telle façon que les dernières sont complètement retournées et forment du côté droit surtout, une gouttière dans laquelle se trouve logé le scapulum qui, de ce chef, a changé complètement de

Digitized by Google

situation et se trouve par rapport au plan médian renversé sans dessus dessous.

On peut voir aussi que le bassin est très déprimé latéralement et que la cavité pelvienne est absolument déformée. Quant aux organes viscéraux, tous à nu et flottant à l'intérieur, je me borne à citer les particularités anormales qu'ils présentaient. Les poumons étaient très imparfaitement développés, réduits l'un et l'autre à une petite masse élastique de la grosseur d'une noix. Les organes digestifs étaient au complet, mais le rectum se terminait par un cul-de-sac et l'anus était imperforé. Le rein gauche existait seul. Les organes génitaux faisaient défaut; à la dissection la plus minutieuse, je n'ai rien vu de caractéristique, de telle sorte que je n'ai pu déterminer le sexe de ce sujet.

Le docteur Joly, qui a décrit ce genre de monstre le premier, signale une espèce de sac membraneux renfermant les organes herniés. Je n'ai pas trouvé trace de ce sac et crois que dans ce cas particulier il n'y avait rien de semblable.

En plus du cas de Joly qui a été vu par lui sur une pouliche, on connaît encore un exemple de ce genre de monstre chez l'homme. Le sujet que je présente aujourd'hui est, à ma connaissance du moins, le premier cas typique de *streptosome* qni ait été décrit dans l'espèce du bœuf.

Le deuxième squelette appartient à un *chélonisome*. De ce genre on connaît cinq observations faites par Joly, Dareste, Gurlt et Blanc ; celle-ci ferait donc la sixième. A propos du nom de *chélonisome*, qui signifie corps de tortue, je me permettrai de faire remarquer qu'il est assez impropre. D'ailleurs, à l'état frais le monstre que voici rappelait plutôt un céphalopode qu'une tortue. Le nom de *strophosome*, signifiant corps retourné, que proposait mon collègue Blanc, me semble préférable et pourrait, sans grand inconvénient, être substitué à celui de chélonisome.

Strophosome ou chélonisome, ce monstre est fort curieux. Il est complètement retourné : la tête, les côtes, les deux coxaux, les membres, tout est replié en haut. Le cou est

Digitized by Google

tellement renversé en arrière, qu'il est en contact avec la colonne dorsale : par suite la tête se trouve logée dans un faux thorax supérieur, limité en bas par les vertèbres dorsales et de chaque côté par les côtes renversées, formant gouttière. Les deux coxaux étant écartés et retournés, il n'existe pas de symphyse pubienne, et enfin les quatre membres, reportés eux aussi au-dessus du dos, forment quatre colonnes qui encadrent la tête.

Tout ceci était bien difficile à voir sur la pièce fraîche, voilà pourquoi j'ai tenu à présenter ce squelette. On distingue très bien maintenant que le renversement et le retournement de toute la charpente sont des plus réguliers et des plus parfaits. Le thorax s'est même fermé dans la partie supérieure, par le développement et la soudure de pièces sternales d'ailleurs irrégulières.

Comme j'ai déjà donné quelques renseignements sur la disposition anatomique des viscères de ce sujet, je vais, comme précédemment, signaler les faits nouveaux, renvoyant à ma précédente note pour le complément de cette étude.

Le cœur présentait un défaut de cloisonnement des oreillettes. Le diaphragme, contrairement à ce qui a été vu jusqu'à présent, était complètement développé, s'insérant sur le pourtour des côtes renversées, se trouvant aplati sur leur face interne et comprimant le poumon normal, quant à sa forme.

Les viscères digestifs, complètement nus, pendaient en dessous du sujet, mais n'offraient rien de spécial.

Dans ma première communication, j'ai dit que les organes génitaux étaient féminins et ne présentaient qu'une atrophie d'une corne utérine. La dissection m'a appris autre chose, et sur cette troisième pièce, conservée dans l'alcool, on peut voir la trace d'un appareil mâle très imparfait. Notre sujet était donc atteint d'hermaphrodisme des voies génitales, car je n'ai pas trouvé de testicules.

Ces différentes particularités anatomiques, pour la plupart inédites, font de ce monstre un type un peu à part,

Digitized by Google

dans le groupe des *chélonisomes*. A mon avis, ce sujet est remarquable par son organisation relativement complète, mais surtout par le mode de retournement de toute sa charpente osseuse. Dans les descriptions des chélonisomes connus, je n'ai rien trouvé qui rappelle un développement à l'envers aussi régulier.

Le chélonisome de Joly présentait seulement un renversement du bassin et des côtes, la tête ayant conservé sa fonction naturelle. Celui de M. Dareste montrait une disposition inverse ; c'était la tête qui était renversée et qui se trouvait logée dans la gouttière formée par les côtes redressées.

Le monstre que j'ai décrit présente les deux renversements et se trouve complètement retourné.

Si maintenant on me demandait comment pouvait s'établir les relations de ce fœtus avec sa mère, je serais assez embarrassé pour répondre, ayant reçu ce sujet dépourvu de ses enveloppes. J'ai retrouvé l'ouraque et les vaisseaux ombilicaux ; mais comment était constitué le cordon ? C'est ce que je ne puis comprendre.

L'explication de la formation embryogénique de cette monstruosité peut se trouver dans les travaux de tératogégie de M. Camille Dareste. Il est impossible de la trouver autre part que dans un arrêt de développement de l'amnios et un repliement anormal et très imparfait de la somatopleurie. C'est au moment où l'embryon était sur le point de se replier dans tous les sens pour se transformer en un cylindre ouvert en bas et se constituer sa première enveloppe qu'il a subi les effets de la compression occasionnée par l'arrêt de développement de l'amnios. Cette membrane se développant très lentement, s'est d'abord opposée à l'inflexion en bas des lames somatopleurales et a provoqué ensuite le renversement en haut des lames latérales. La même action s'exerçant en avant et en arrière a déterminé le redressement du train antérieur et du train postérieur, de telle sorte que finalement, le sujet s'est trouvé complètement renversé.

Je crois donc voir, dans la façon dont s'est formé ce ché-

Digitized by Google

lonisome une nouvelle démonstration des explications fournies par M. Dareste, qui accorde une importance considérable aux arrêts de développement de l'amnios en particulier, dans la formation de beaucoup d'anomalies et de monstruosités.

Les partisans de la formation pathologique des monstres, qui voient dans l'éventration le résultat de la modification d'une organisation primitivement complète et pensent que la chélosomie est la conséquence d'une hernie des viscères dans la base du cordon ombilical, ne pourraient nullement, avec cette doctrine, donner l'explication de la formation du sujet que je présente. »

OSSIFICATION DE LA FAUX DU CERVEAU ; HÉMORRHAGIE DU CERVELET.

M. Paret, interne à l'asile de Bron, présente une ossification de la moitié antérieure de la faux du cerveau, trouvée à l'autopsie d'une malade morte par suite d'hémorrhagie cérébelleuse, dans le service de M. le professeur Pierret, médecin en chef.

La malade, âgée de 66 ans, était atteinte depuis six ans au moins d'aliénation mentale (démence).

Depuis quatre ans, elle était sujette à des vomissements qui, assez rares la première année, se produisaient à la fin presque chaque mois.

Elle se sentait tout à coup vaciller, pâlissait et s'asseyait en disant qu'elle avait mal au cœur, puis était prise de vomissements.

Ces malaises se reproduisaient plusieurs fois pendant deux ou trois jours et étaient suivis de quelques heures de surexcitation.

Dans l'intervalle de ces poussées, l'état général était assez bon ; les digestions se faisaient bien.

Pas de troubles cardiaques ou pulmonaires.

Au point de vue de la motilité, on constatait un peu de

Digitized by Google

faiblesse des membres, sans différence entre les deux côtés du corps et quelques tremblements ressemblant au tremblement sénile.

Le 6 mai 1892, sans symptômes prodromiques, la malade, qui était montée se coucher, selon son habitude, un peu avant les autres, est trouvée étendue sur son lit dans un état comateux profond.

Elle avait eu des vomissements abondants, dont son lit était souillé.

Température, 36°.

Le pouls et le cœur sont très irréguliers.

On constate une paralysie du bras gauche qui retombe lourdement quand on l'a soulevé, tandis que le droit fait quelques mouvements. Le pincement et la piqûre ne produisent aucune réaction.

Une heure après l'attaque (9 heures du soir), température 34°,6. On fait deux injections d'éther qui provoquent dans les deux bras quelques légers mouvements de retrait.

A 12 heures, température 35°,6. A 6 heures du matin, température, 37°,7.

Mort à 7 heures, sans que la malade soit sortie de son état comateux et sans avoir eu de phénomènes convulsifs.

A l'autopsie, on constate une hémorrhagie formant au milieu du lobe droit du cervelet une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule et ayant envahi le quatrième ventricule.

Les artères de la base du cerveau sont très athéromateuses.

Le cœur est sain.

Entre les deux replis de la faux du cerveau on trouve une production osseuse qui fait suite à l'apophyse *crista-galli;* elle s'étend en arrière entre les deux feuillets de la dure-mère auxquels elle n'adhère que par points disséminés. Elle représente grossièrement une faux.

Sa hauteur est de 2 centimètres et demi environ, son épaisseur de 5 millimètres en moyenne; le bord supérieur, le plus épais, est inégal et présente quelques arêtes; il n'atteint pas le sinus longitudinal supérieur.

Le bord inférieur se termine en lame de couteau dans cer-

Digitized by Google

tains points et présente dans d'autres quelques arêtes. Le sinus longitudinal inférieur est sain.

Les faces latérales sont irrégulières, mais lisses. L'extrémité postérieure est mince et très irrégulière.

ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE CHEZ UN GARÇON DE QUINZE ANS ;

Par M. le docteur M. GANGOLPHE.

Nous avons fait présenter récemment à la Société des sciences médicales un garçon opéré dans notre service le 10 octobre 1891 pour un épithélioma de la lèvre supérieure. La rareté des faits analogues et leur importance par suite dans l'histoire du cancer épithélial nous a engagé à vous communiquer les détails relatifs à son observation.

Fr. Mor..., 15 ans, manœuvre maçon, entre le 4 septembre 1891, salle Saint-Pothin, n° 9, pour une ulcération de la lèvre supérieure.

On ne relève rien de saillant dans ses antécédents pathologiques héréditaires, collatéraux ou personnels. Notamment il n'y a aucun signe de scrofule ni d'infection syphilitique. La maladie actuelle date de huit mois environ ; elle débuta par une ulcération minuscule sur la partie médiane de la lèvre supérieure (1). Il se forma une croûte que le malade arracha ; peu à peu l'ulcération s'agrandit et se creusa. Pas de douleurs, ni de démangeaisons ; la plaie ne saignait pas, suintait très peu et n'offrait aucune tendance à la cicatrisation.

Actuellement, on constate que la santé générale est excellente ; il n'existe aucun trouble viscéral ; ce garçon, sans être grand, est fort et bien constitué. On ne trouve nulle part de stigmates syphilitiques ; bonne dentition, squelette intact ; pas la moindre adénopathie. Pas de lésions oculaires, ni

(1) Le malade prétend que l'ulcération s'est développée au niveau d'une petite plaie produite par un coup de griffe de chat.

Digitized by Google

d'ozène. Bref on est conduit de par l'examen général du sujet à repousser toute idée de tuberculose ou de syphilis.

Quant à l'examen local, voici ce qu'il donne : l'ulcération située exactement au milieu de la lèvre supérieure empiète également sur la muqueuse et sur la peau. Elle a la forme d'une ellipse allongée transversalement, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Elle se compose de deux parties distinctes : une partie centrale, anfractueuse, de couleur noirâtre, et une partie périphérique saillante, en forme de bourrelet, très dure au toucher. Dans les régions sous-maxillaires, on trouve quelques ganglions très petits n'excédant pas le volume normal.

En présence de ces signes locaux et généraux négatifs au point de vue de la tuberculose et de la syphilis, nous recommandons de panser l'ulcération aseptiquement et ordonnons l'iodure ne potassium.

Le 9 septembre, nous trouvons qu'un changement manifeste s'est produit (probablement sous l'influence des soins de propreté) : le bourrelet périphérique s'est un peu affaissé, l'ulcération est recouverte d'une croûte jaunâtre.

10 octobre. Ce semblant d'amélioration ne s'est pas maintenu, au contraire l'ulcération tendait à augmenter et à se creuser malgré 6 gr. d'iodure.

Nous souvenant d'un sujet de 20 ans opéré par Léon Tripier pour un épithélioma de la lèvre, nous pensons qu'il peut en être de même chez notre sujet, et nous pratiquons l'ablation de la lésion.

Voici les résultats fournis par l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique : « La pièce présente une dépression cupuliforme de 1 centimètre 1/2 de diamètre ; au centre, bourgeons épidermiques reposant sur des couches musculaires dissociées par la sclérose ; au centre même de l'ulcération, la couche musculaire est mise à nu ; en se rapprochant de la périphérie la couche des bourgeons épidermiques s'épaissit progressivement et atteint son plus grand développement au-dessous de l'épiderme marginal. A ce niveau on rencontre quelques globes cornés dont un

Digitized by Google

groupe est sur le bord immédiat de la section. Le plus grand nombre des bourgeons n'est composé que de cellules épidermiques très embryonnaires sans évolution cornée manifeste ; par contre quelques globes cornés ont subi une sorte de fonte destructive secondaire. Le tissu interstitiel ne présente pas d'infiltration embryonnaire. »

Ajoutons que nous n'avons pas pratiqué d'ablation de ganglion : les régions sus-maxillaires et sus-hyoïdienne nous ont paru absolument indemnes. Nous insistons sur ce point, car nous ne nous souvenons pas avoir jamais opéré un épithélioma labial chez l'adulte sans avoir (conformément à la pratique systématique de Daniel Mollière et Léon Tripier) fait le curage ganglionnaire de ces diverses parties. A l'heure actuelle il n'existe aucune trace de récidive, et le résultat plastique est très satisfaisant.

Enfin, ce fait emprunte un intérêt évident à sa rareté. Dans un travail récent et qui a mérité à son auteur le prix Bouchet, M. Fabre (*De la contagion du cancer*, 1892, thèse de Lyon) n'a pu réunir que quelques très rares cas de cancers épithéliaux des lèvres aussi précoces.

MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR, SUITE D'INFLUENZA ; HYPOTHERMIE. — AUTOPSIE : MÉNINGO-ENCÉPHALITE INFECTIEUSE ;

Par le docteur L. PARET, interne à l'Asile de Bron.

G... (Eugénie), âgée de 20 ans, brodeuse, entre à l'Asile de Bron le 27 avril 1891, dans le service de M. le professeur Pierret, médecin en chef.

Père mort à 49 ans des suites d'une opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour lésion osseuse. Mère bien portante. Trois frères ou sœurs en bonne santé.

La malade a eu l'influenza au commencement de l'année 1890 ; à la suite de cette affection, la menstruation, qui avait toujours été régulière, fut supprimée. En même temps le caractère de la malade changea ; elle devint sombre et taci-

Digitized by Google

turne, mangeant très irrégulièrement et demeurant parfois des semaines entières sans prendre d'aliments.

Elle vécut ainsi pendant un an dans sa famille; puis, comme elle s'obtinait à ne pas manger, elle fut admise à l'Asile.

A l'entrée on constate une tendance à l'immobilité et au mutisme. Quelle soit levée ou couchée, la malade ne fait pas un mouvement et résiste à tous ceux qu'on veut lui imprimer. La physionomie est immobile, les paupières sont toujours baissées. Il est impossible d'obtenir une réponse aux questions qu'on lui fait, elle ne détourne même pas les yeux quand on lui adresse la parole. Pendant un an qu'a duré son séjour à l'Asile, elle n'a prononcé que quelques phrases, quelques monosyllabes témoignant qu'elle se rendait compte de sa situation. « Il n'est pas possible, a-t-elle dit un jour, qu'une jeune fille, à mon âge, soit ici. »

Elle ne veut généralement pas manger et n'accepte, par intervalles, que peu d'aliments; aussi, pendant une année, a-t-elle été presque tous les jours nourrie à la sonde.

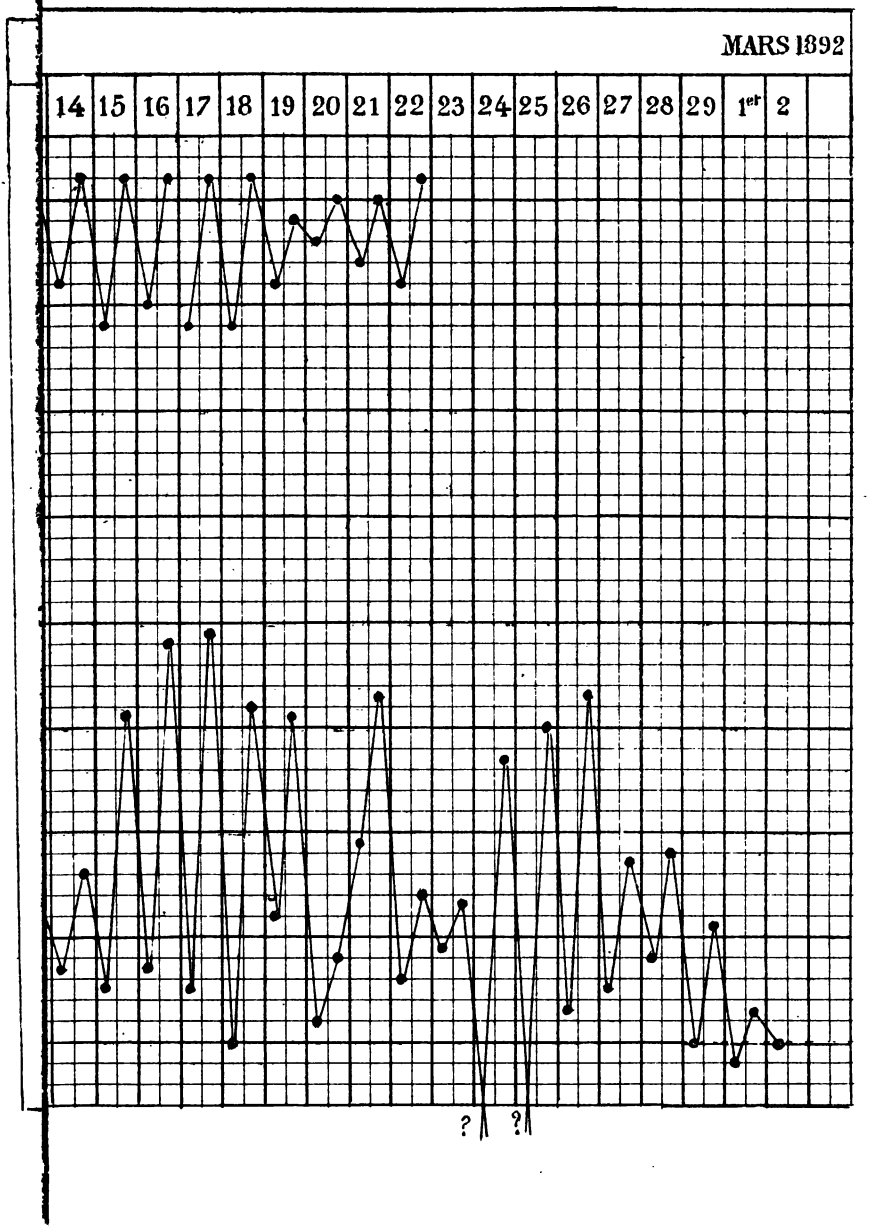
Au point de vue physique, elle présente une maigreur très grande qui a augmenté jusqu'à la fin de sa vie.

On ne constate pas de lésions d'organes; pas de bruits anormaux au cœur, mais le pouls est ordinairement au-dessus de 100 et atteint souvent 160 pulsations à la minute; il est petit, régulier, les moindres mouvements l'accélèrent d'une façon très sensible.

La température a presque toujours été au-dessous de la normale. Pendant les premiers mois qui ont suivi l'admission, l'hypothermie n'existait que de temps en temps : la température demeurait pendant une huitaine de jours vers 36°, puis remontait à la normale pour quelques semaines après lesquelles se produisaient de nouvelles périodes d'hypothermie.

A partir du mois de janvier 1892, l'hypothermie est devenue permanente; le tracé ci-joint donne les températures des deux derniers mois de la vie. Au tracé de la température de la malade, nous avons joint le tracé correspondant d

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

températures de l'appartement, notées, le matin et le soir, à l'heure à laquelle était prise la température de la malade.

On ne constate pas de troubles de la sensibilité ; la malade ne donne aucun renseignement sur ses diverses sensations, aussi toutes les sensibilités n'ont pu être interrogées. Toutefois, la sensibilité à la piqûre et au pincement existe dans toute l'étendue du corps.

Pas de zones hystérogènes.

Au point de vue de la motilité, on constate une tendance à tenir les membres dans la raideur. Debout, elle raidit ses membres supérieurs et les tient un peu étendus en arrière. Couchée, les membres, surtout les inférieurs, sont fortement fléchis et contracturés. Ces contractures, d'abord volontaires et transitoires, sont devenues permanentes, et, à la fin, la malade ne pouvait se tenir debout et étendre ses jambes.

La menstruation, qui avait été supprimée à la suite de l'influenza, ne s'est jamais rétablie ; mais on a constaté deux fois, à un mois d'intervalle, en janvier et février 1892, un très léger écoulement vaginal d'un liquide rosé, ne durant que quelques instants et se produisant à la suite de mouvements qu'on avait fait faire à la malade.

Pendant les huit ou dix derniers jours de sa vie, elle manifeste une légère excitation ; elle parle parfois, essaye de se lever la nuit et se plaint fréquemment d'avoir froid ; à ce moment il existe de grandes oscillations de la température.

Le 3 mars, la température du matin est de 34° ; la malade se plaint à plusieurs reprises d'avoir froid et meurt dans la journée.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Le corps n'a pu être pesé, mais on le transporte aisément avec les bras étendus devant soi ; l'évaluation moyenne est de vingt kilogrammes.

L'amaigrissement est considérable ; il existe deux eschares symétriques, peu profondes, au niveau des ischions.

A l'ouverture du thorax et de l'abdomen, on constate que les viscères sont rétractés et ont une teinte pâle.

Digitized by Google

Les poumons pèsent 340 grammes; ils crépitent mal, ont une coloration pâle à la coupe. Rien de particulier aux sommets. A l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du poumon gauche, vers le bord interne existe une cicatrice dure; une incision en ce point montre un tubercule jaunâtre, de la grosseur d'une noisette.

A la surface des poumons, on voit trois ou quatre taches brunes, de un centimètre carré d'étendue.

Le cœur pèse 110 grammes; il a une teinte pâle à sa surface extérieure et à la coupe. Pas de lésions d'orifice.

Le foie présente une congestion intense, et à la coupe il s'échappe une certaine quantité de sang noir.

L'estomac est rétracté.

La rate est normale.

Les reins sont de volume normal; la substance corticale est inégale et amincie par places.

Rien de particulier dans les intestins, l'utérus et la vessie.

L'encéphale pèse 1340 grammes. Les méninges présentent, au niveau des régions frontales et pariétales, une coloration louche; elles sont épaissies, mais n'adhèrent pas à la substance cérébrale.

Examen microscopique. — L'examen microscopique, pratiqué dans le laboratoire de M. Pierret, a donné les résultats suivants :

Les méninges sont dans un état très net d'inflammation subaiguë.

Après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque, puis dans l'acide chromique, des coupes du cerveau ont été faites au niveau des régions frontales, pariétales et occipitales.

Les coupes ont été colorées au carmin acétique, éclaircies dans l'essence de térébenthine et montées dans le baume de Canada.

On conste dans la substance cérébrale une très grande quantité de leucocytes; moins nombreux dans les couches superficielles, ils deviennent plus nombreux à mesure qu'on

Digitized by Google

examine les couches plus profondes et on en trouve en abondance dans la substance blanche.

Dans la substance grise, les leucocytes pénètrent dans les espaces d'Obersteiner, et il n'est pas douteux que la nutrition des cellules soit troublée par ce voisinage. Certains espaces d'Obersteiner sont remplis d'éléments plus volumineux que les globules blancs et qui sont peut-être le résultat de la multiplication des éléments nerveux eux-mêmes.

La cellule nerveuse a son protoplasma très clair et son noyau souvent déformé. De plus, la couche des cellules moyennes n'a pas la régularité qu'elle a ordinairement.

Sur une préparation traitée par l'acide osmique et montée dans la glycérine, on voit que beaucoup de globules blancs sont chargés de granulations graisseuses et représentent par conséquent de véritables corps granuleux.

Avec de très forts grossissements, on distingue, par places, de petits éléments qui ont une apparence microbienne, mais ce dernier point est encore à élucider.

M. Pierret : L'observation qui vous est présentée par mon interne, M. le docteur Paret, est intéressante à bien des points de vue.

Elle est un mélange de mélancolie avec hypothermie, sitéophobie tenace, et terminaison par un marasme progressif, ce qui est en contradiction avec les idées émises en ces derniers temps par M. Popoff sur la valeur pronostique de l'hypothermie.

Je ne veux m'appesantir que sur deux points : l'étiologie, d'une part, et les lésions anatomo-pathologiques constatées dans les espaces sous-méningés, les gaines lymphatiques, les fentes interstitielles et les espaces d'Obersteiner.

Notre malade, sans antécédents et sans lésions organiques graves, immédiatement après une attaque d'influenza, tombe dans un état mélancolique, d'abord intermittent, puis continu

A l'autopsie, nous avons constaté, dans les centres nerveux, l'existence de lésions qui, à mon avis, ne laissent aucun doute. Ce sont des lésions caractéristiques des inflammations d'origine microbienne. Ces lésions, dont j'ai donné la description dans la thèse de M. le docteur Julliard (1879), et qui, suivant moi, se rencontrent dans toutes les myélites ou les encéphalites infectieuses, sont les suivantes : stase des globules dans les vaisseaux, diapédèse et accumulation de globules blancs dans les gaînes, émigrations lontaines des globules blancs, qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès. Dans la subs-

Digitized by Google

tance blanche comme dans la substance grise, on les observe avec leurs caractères histo-chimiques, tantôt rangés à la file, tantôt formant des groupes.

Autour des cellules nerveuses, qui paraissaient avoir le plus souffert dans leur nutrition, on les voit réunis, contrastant par leur vitalité avec la cellule elle-même, au protoplasma trop clair, réticulé, et au noyau déformé qui tend à devenir excentrique. J'irais presque jusqu'à dire que certaines cellules se sont multipliées dans l'espace d'Obersteiner, mais après avoir au préalable perdu leurs caractères de différenciation.

Sur des coupes, traitées par l'acide osmique, j'ai pu constater que beaucoup de leucocytes étaient chargés de très fines granulations graisseuses, et même, sauf vérification plus délicate, il m'a semblé voir des bacilles très petits dans le voisinage de quelques cellules nerveuses.

Quoi qu'il en soit, j'estime que nous sommes en présence d'un cas de méningo-encéphalite infectieuse, due à l'influenza, et c'est ce qui donne à l'observation présente une valeur particulière.

DÉSARTICULATION INTER-SCAPULO-THORACIQUE.

M. Rivière, interne des hôpitaux, présente un malade chez lequel M. le professeur Poncet a pratiqué une désarticulation inter-scapulo-thoracique pour un sarcome malin. La portion acromiale de la clavicule avait été enlevée également. Guérison opératoire rapide. Mais actuellement, un an après l'opération, sans qu'il y ait de récidive locale, des symptômes pleuro-pulmonaires indiquent une généralisation.

SCARLATINE ; HOQUET PERSISTANT.

M. Chambard-Hénon communique un cas de hoquet persistant pendant sept jours, au cours d'une fièvre scarlatine.

(*Voir la deuxième partie* (*Comptes-Rendus*), *p. 117*).

M. Soulier croit que l'apomorphine, dont l'action est élective sur le bulbe, était indiquée dans ce cas.

Digitized by Google

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE.

M. Collet, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique provenant d'un malade qui a succombé à une affection cardiaque. Comme lésion on trouve une endocardite végétante greffée sur une lésion valvulaire ancienne.

HÉMORRHAGIES MULTIPLES DU RECTUM.

M. Berthaut, interne suppléant, présente les organes génitaux d'un malade qui a succombé dans le service de M. Weill, après avoir présenté des hémorrhagies multiples du rectum, de la vessie et qui était porteur d'une hypertrophie prostatique assez accentuée.

CHORÉE ET ERYSIPÈLE.

M. Kohos, après avoir rappelé l'heureuse influence qu'ont quelquefois les maladies fébriles sur certaines névroses, communique l'observation suivante :

Voici en quelques mots l'histoire du malade : Agé de 13 ans environ, il n'a pas d'antécédents du côté de sa mère, ni du côté de son père, il est atteint depuis cinq semaines d'une chorée idiopathique; rien au cœur, il n'a jamais eu de rhumatisme, il présente en ce moment un érysipèle de la face; 24 heures auparavant, il avait été pris d'un malaise général et de vomissements. Dès le début de l'affection, il avait une température de 39° C. et de 39°,9 qui a persisté trois jours consécutifs. Depuis lors les convulsions choréiques ont graduellement diminué. Comme médication interne nous avons employé le salicylate de soude à la dose de 2 gr. par jour, et comme médicament externe, badigeonnage avec un mélange d'acide phénique, de glycérine et de collodion.

L'intérêt que présente cette observation, c'est que dès l'apparition de l'érysipèle les mouvements choréiques ont incon-

Digitized by Google

testablement diminué de fréquence et aujourd'hui le malade est guéri de son érysipèle et de sa chorée.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette observation ?

Est-ce peut-être le streptococcus de Pheleisen qui agit si favorablement sur la chorée ? Je l'ignore, mais le cas m'a semblé intéressant à signaler.

TRAITEMENT DE LA CHORÉE ET DE L'ÉPILEPSIE PAR DES PRODUITS MICROBIENS.

M. Lannois profite de l'occasion qui lui est offerte par la communication de M. Kohos pour faire part à la Société de recherches qu'il a entreprises dans le service de M. Lépine. Ces recherches ne sont qu'à leur début et les résultats obtenus n'ont qu'une valeur provisoire.

Les faits analogues à celui de M. Kohos sont loin d'être rares et sont connus depuis longtemps. Il nous suffira de rappeler ici la thèse inspirée par Perroud au docteur Chatillon. (Thèse de Lyon, 1880, n° 37.)

Il en est de même pour l'épilepsie : Hippocrate savait déjà qu'il en est ainsi pour la malaria ; M. Séglas, M. Quériau, ont consacré leurs thèses à la disparition plus ou moins complète de l'épilepsie sous l'influence de l'érysipèle, du rhumatisme articulaire aigu, de la pneumonie, de la pleurésie, etc. M. Féré a vu la vaccine avoir le même rôle. Récemment enfin M. Marie rappelait l'attention sur ces faits et suggérait de traiter l'épilepsie par les produits solubles de microbes ou par des substances ayant une action analogue comme le cantharidate de potasse de Liebreich.

Il est évident en effet que ce n'est pas la température qui fait disparaître les crises. M. Lannois a en ce moment en traitement une jeune épileptique (dont il entretiendra ultérieurement la Société) qui a vu ses crises disparaître pendant la durée d'un érysipèle phlegmoneux et qui en présente au contraire actuellement jusqu'à quatre par jour sous l'in

Digitized by Google

fluence d'une fièvre typhoïde contractée dans la salle : or sa température se maintient aux environs de 40°,5. D'ailleurs des maladies non fébriles, comme la syphilis ou certaines ostéites suppurées chroniques, arrêtent aussi les crises épileptiques.

Après avoir employé le cantharidate à dose faible, M. Lannois fit des injections sous-cutanées avec une culture filtrée de staphylocoque doré qu'il devait à l'obligeance de M. Courmont. N'ayant pas d'épileptiques dans des conditions favorables, il fit d'abord des injections à deux jeunes choréiques, l'un à une période avancée qui fut très rapidement guérie ; l'autre au début de la maladie qui fut si vite améliorée qu'on peut aujourd'hui la considérer comme guérie.

Chez la jeune épileptique à laquelle il est fait allusion plus haut (épilepsie symptomatique), les crises qui revenaient tous les six à huit jours, s'arrêtèrent quinze jours, mais reparurent sous l'influence d'un retard des règles. Il n'y a donc là rien de probant : d'ailleurs la malade reçut des doses trop faibles, 1 centimètre cube tous les deux jours.

Chez un autre malade les résultats sont plus nets. Il s'agit d'un épileptique à crises journalières très fréquentes : il descend rarement au-dessous de 8, et en a souvent 10 à 12, comme la veille et le jour de sa rentrée à l'hôpital. L'an passé on lui fit une trépanation qui arrêta les crises un jour ou deux ; cet hiver, une trépanation plus large s'accompagna d'un érysipèle qui n'eut d'autre résultat que de faire disparaître les crises pendant trois semaines.

L'essai de l'injection de cultures filtrées paraissait donc bien légitime chez lui, et en effet vous pourrez voir sur ce tracé la diminution du chiffre des crises jusqu'à 4 et même 2 après des injections de 2 cc. et 4 cc. de liquide. Ce résultat n'est évidemment que provisoire, mais il est évident qu'il incite à continuer ces expériences.

On le peut d'autant mieux que ces injections sont tolérées par les malades sans la moindre réaction locale : il suffit de prendre quelques précautions antiseptiques, le liquide étant favorisant. La température prise avec soin n'a augmenté

Digitized by Google

que deux fois, mais n'a pas atteint 39°. Pas d'albuminurie.

M. Lannois croit qu'il vaudrait mieux opérer avec des liquides provenant de streptocoques, l'érysipèle et les suppurations qu'on peut supposer à streptocoques paraissant les maladies qui agissent le mieux sur l'épilepsie.

Il serait évidemment prématuré de parler du mode d'action de ces substances, alors que les expériences sont encore à la période des tâtonnements. Toutefois il est bon de faire remarquer que le liquide remis par M. Courmont renferme deux substances dont l'une est convulsivante et l'autre anesthésiante. Or, à l'une des dernières séances de la Société, M. Pierret a fait une communication sur l'action favorable des médicaments convulsivants dans le traitement de l'épilepsie (*Lyon Médical*, n° 35, p. 611) : ceux-ci auraient une action régulatrice sur l'influx nerveux et, en facilitant la dépense, préviendraient l'accumulation dans le système nerveux d'une force dont la brusque décharge aurait produit la crise épileptique. Il est permis de supposer qu'il en est ainsi avec les liquides provenant des cultures de staphylocoque aureus; en tous cas, si l'on obtenait des résultats avec le liquide, il serait indiqué d'expérimenter séparément les deux substances qu'il renferme.

KYSTE VOLUMINEUX DU LIGAMENT LARGE DROIT.

M. Rendu présente une femme qu'il a opérée avec succès le 15 septembre dernier, d'un volumineux kyste du ligament large droit (8 litres), et met en même temps sous les yeux de la Société la pièce anatomique distendue par insufflation.

Ayant pu faire la décortication totale du kyste, il réséqua le ligament large et obtint ainsi la fermeture de l'abdomen par une simple cicatrice linéaire sans adhérence au pédicule.

L'observation sera publiée.

Digitized by Google

DE L'ALUMNOL ;

Par M. le docteur J. ÉRAUD.

Tel est le nom d'un nouvel antiseptique, employé depuis peu en Allemagne en vénéréologie et contre les affections de la peau. C'est un corps à ajouter à la série déjà si nombreuse dont s'enrichit tous les jours la pharmacopée d'outre-Rhin. C'est ainsi qu'il suit de très près l'entrée en thérapeutique du dermatol, de l'euphorène, du tuménol, du sozoïodol, du lysol, etc., pour ne parler ici que des principaux et notamment de ceux qui ont une application plus spécialisée.

Mais le dermatol étant insoluble dans l'eau, l'alcool, ne peut guère être employé qu'à l'état de poudre et de pommade ; toutefois son absence d'odeur est un grand progrès sur l'iodoforme dont l'odeur détestable et se manifestant à distance est peu favorablement accueillie en général par le malade et par le médecin lui-même. Le tuménol qui, sous le double rapport de la composition chimique et des indications thérapeutiques, rappelle l'ichthyol, est constitué par de gros grains qu'il n'est pas aisé de triturer ; aussi la poudre de ce médicament est-elle difficile à préparer. Quant aux pommades de ce médicament, elles produisent des taches qui disparaissent difficilement, incomplètement même au lavage. L'euphorène avec sa poudre cristallisée et à odeur empyreumatique est d'un emploi peu encourageant ; en solution elle est irritante.

Le lysol enfin, outre que ses propriétés anti-microbiennes sont des plus problématiques, développe une odeur fort désagreable, et est caustique, sinon pour toutes, au moins pour certaines muqueuses. Du reste, le lysol appartient à ces antiseptiques de la série aromatique qui constituent des préparations caustiques quelquefois, irritantes souvent et en tous cas instables. Car, pour le noter en passant, le lysol, comme le sozoiodol, le crésol, la créoline, etc., ne peuvent constituer des préparations liquides que par l'intervention de l'acide sulfurique ou de bases alcalines puissantes.

Digitized by Google

L'alumnol, semble-t-il, en raison de son extrême solubilité dans l'eau, de son emploi facile à l'état de poudre et sous forme d'onguent ou de pommade, présente sur les corps ci-dessus un certain nombre d'avantages, d'autant qu'il ne dégage aucune odeur, et qu'il est dépourvu de toute causticité.

C'est une poudre blanc-grisâtre, de saveur d'abord sucrée, puis styptique, astringente, identique à celle de l'alun des pharmacies. Sa réaction est fortement acide au tournesol. L'acidité, calculée en acide sulfurique, a été trouvée par M. Étiévant, pharmacien-ajoint des hôpitaux (1) : pour 1 gr. d'alumnol égale à 0,367 de SO^4H^2. (Un alun ordinaire officinal dont l'acidité a été titrée, a donné comme résultat, pour 1 gr. d'alun 0,490 de SO^4H^2). L'alumnol se rapproche donc par son acidité de l'alun ordinaire dont il présente à peu près tous les caractères de solubilité.

Fondu sur un couvercle de creuset de platine, l'alumnol laisse un résidu noir de charbon qui semble indiquer comme devant rentrer dans sa composition une substance organique et en même temps une certaine quantité de cendres blanches indiquant des matières minérales. Il est donc infiniment probable que ce corps comprend dans sa composition un acide et une base, la base étant vraisemblablement l'alun.

L'alumnol est soluble dans l'eau à la température ordinaire dans des proportions relativement élevées; au 1/5e les solutions sont claires. Sa solubilité dans l'éther est beaucoup moins élevée, ainsi que sa solubilité dans l'alcool. Par contre, il se mélange très intimement aux corps gras, vaseline, lanoline, huiles, axonge, etc., et donne lieu à des pommades d'un jaune citrin.

A noter l'aspect fluorescent des solutions aqueuses d'alumnol, lequel s'accroît par l'addition d'un alcali et principalement de l'ammoniaque. Mais ces solutions ne précipitent ni par l'ammoniaque, ni par les acides, tandis qu'elles précipitent avec les carbonates alcalins.

(1) M. Étiévant a bien voulu faire sur cette substance quelques recherches d'ordre chimique qu'il nous a obligeamment communiquées.

Digitized by Google

La réaction caractéristique de l'alumnol est le perchlorure de fer qui donne en sa présence une belle et intense coloration bleue violette, analogue à celle de l'acide salicylique comme sensibilité, avec cette différence pourtant que celle-ci est violette franche, tandis que celle de l'alumnol est franchement bleue.

A noter enfin certaines propriétés qui ont bien leur importance en thérapeutique, c'est que les solutions d'alumnol au 1/10e, au 1/100e, ne sont point incompatibles avec le tannin, la résorcine, le sulfate de zinc, les solutions de sublimé au 1/1000e, les solutions boriquées.

Tels sont sommairement résumés les caractères physiques et chimiques de cette substance. Quant à ses applications thérapeutiques, elles s'adressent surtout, ai-je dit, aux affections de la peau et à la blennorrhagie. Il est peut-être encore difficile d'être fixé sur les effets qu'on peut en attendre, d'autant que jusqu'à ces jours derniers, il n'y avait aucun travail de paru sur la matière, dans les journaux allemands.

Pour ma part, je l'ai utilisé comme pansement dans les plaies simples, dans les ulcérations de nature spécifique ou non, et il n'a produit aucune irritation, aucune douleur. On peut même dire qu'il agit tout aussi efficacement pour la dessiccation des plaies que nombre d'autres poudres médicamenteuses déjà connues.

D'autre part, il m'a paru avantageux dans certains prurits cutanés et en particulier dans le prurit du pourtour de l'anus et du scrotum.

Enfin, je l'ai employé en injections contre la blennorrhagie aiguë ou subaiguë, aux doses de 1 gr. et 2 gr. 50 pour 100 grammes d'eau distillée ; ses effets n'ont été ni supérieurs ni inférieurs à ceux de toute autre substance déjà préconisée en l'espèce ; en tous cas, il n'a provoqué ni cuisson, ni augmentation du processus inflammatoire. Et puis de ce fait qu'il n'est pas incompatible avec le sublimé, la résorcine, etc., on peut avec profit l'unir à ces substances pour renforcer leur action réciproque, puisque l'on tend à admet-

Digitized by Google

tre aujourd'hui que l'action de plusieurs antiseptiques réunis est plus marquée que lorsqu'on les emploie séparément.

CALCUL VÉSICAL.

M. Gangolphe présente une pierre de 66 grammes qu'il a enlevée par la taille hypogastrique à une homme âgé de 50 ans.

Le calcul que je vous présente, dit-il, peut être rangé parmi les gros ; il a la forme d'un galet aplati sur ses faces latérales, son épaisseur centrale est d'environ 2 cent. 1/2 à 3 cent. ; quant à ses diamètres, ils sont, le plus grand de 6 cent. 3/4, le plus petit de 5 cent. 1/2. Son poids est de 66 gr., il est formé surtout d'acide urique, sa dureté est considérable. Mais ce ne sont pas ses dimensions qui le rendent intéressant, ce sont les conditions cliniques dans lesquelles il a été observé. Le malade, âgé d'un peu plus de 50 ans, offrait depuis plusieurs années tous les symptômes subjectifs d'un calcul vésical ; il y a un peu plus d'un an, je l'examinai, m'attendant à constater aussitôt la présence d'une pierre ; trois explorations sans anesthésie, il est vrai, restèrent infructueuses. Elles furent faites avec une sonde en gomme, l'explorateur creux de Thompson, et l'explorateur plein de Guyon. La vessie était pleine et paraissait très intolérante.

Léon Tripier, qui examina aussi ce malade, ne put parvenir, à deux reprises, à constater un calcul, à l'existence duquel tous les phénomènes subjectifs permettaient de croire. Il y a quelque temps nous fîmes une exploration sans anesthésie, sans injection préalable, et à peine l'instrument (explorateur plein) fut-il introduit dans la vessie, que nous constatâmes la présence du calcul. Pour divers motifs, et entres autres parce que les difficultés du diagnostic m'avaient rendu méfiant, je pratiquai la taille hypogastrique.

L'heureuse issue de cette intervention, et surtout la dureté

Digitized by Google

et la grosseur de la pierre, m'ont prouvé que j'avais bien fait de choisir la voie la plus large.

Comment expliquer cette difficulté de diagnostic? Je n'ai rien constaté d'anormal dans la structure de la vessie; pas de loges, pas de cavités accessoires; cet organe était plutôt petit et très fortement musclé, épais comme certaines vessies de vieux rétrécis. Il est à supposer que la vessie en se contractant enfermait en un coin le calcul, l'empêchait de se présenter à l'explorateur. Je ferai remarquer que la prostate n'était pas grosse, et que pendant une exploration, Léon Tripier avait eu le soin d'appuyer par le rectum sur le bas-fond de la vessie. Ce qui tendrait à faire croire que le calcul offrait un rapport permanent ou relativement stable avec un point quelconque des parois vésicales, c'est qu'une de ses faces est très lisse, et l'autre irrégulière, couverte d'incrustations récentes.

M. Aubert cite l'exemple d'un malade qui fut taillé et chez lequel on ne trouva que difficilement une pierre qui avait échappé à plusieurs explorations.

M. Ch. Audry cite également un malade opéré par M. Jaboulay, qui présentait une pierre dans un diverticule hernié de la vessie.

M. Poncet rappelle qu'il est assez fréquent de ne trouver que difficilement les calculs chez les prostatiques. Chez ces malades il existe un bas-fond vésical dans lequel la pierre se dissimule facilement.

M. Poncet s'étonne que l'on pratique encore la lithotritie pour les calculs vésicaux. La méthode de choix est la taille hypogastrique.

M. F. Bron. Je ne partage pas l'opinion de M. Poncet sur la taille, et je suis loin de lui accorder la préférence qu'il lui montre dans la majorité des cas. On n'ouvre pas toujours impunément la vessie; et l'antisepsie ne donne à cette opération qu'une sécurité relative, eu égard aux matières excrémentitielles qui l'avoisinent sans cesse.

La taille est une opération « *obligée* ». Elle a ses indications; mais elles sont de plus en plus restreintes depuis le perfectionnement de l'outillage de la lithotritie et l'habitude de la faire. Dans le cas dont vient de nous parler M. Gangolphe, on ne pouvait faire autre chose, car si une pierre se dérobe, les recherches multipliées aggravent la situation.

De même aussi, le volume de la pierre est une indication de la taille.

Aux faits que viennent de citer MM. Gangolphe, Aubert et C. Audry, où une pierre volumineuse a échappé aux recherches, je citerai celui

Digitized by Google

d'un malade que j'ai opéré avec M. Pollosson. Le volume de la pierre dépassait celui d'une *grosse orange*. Elle était ronde comme elle. Eh bien ! le croirait-on, elle a été méconnue ! Pendant trois ans, le malade a consulté des chirurgiens, dont je n'ai pas à rappeler le mérite. Ils l'ont tous sondé sans trouver la pierre. A l'opération nous n'avons pas pu l'avoir par la taille périnéale, qu'elle bouchait en plein ; et la taille hypogastrique seulement, en nous donnant la possibilité de passer une grosse pince, nous a permis de l'entamer.

Comment expliquer le fait, si ce n'est par la présence d'un repli muqueux qui empêche le contact du cathéter et étouffe la sonorité du choc ?

Dégagées de cette enveloppe, les pierres qui sont dans ces conditions se révèlent d'emblée volumineuses ; et du plus au moins, toutes se comportent ainsi, car on n'assiste jamais aux premières phases de leur formation.

Je reviens à la lithotritie. Cette opération présente peu ou point de gravité. Dans les cas simples ou courants, — et nous ne pouvons raisonner que sur ceux-là, — on la fait presque à l'insu du malade.

Je m'explique : la vessie étant préalablement distendue, ou par de l'urine ou par une injection de 60 à 80 grammes d'eau, le lithotriteur pénètre dans sa cavité, et y casse la pierre sans toucher la vessie.

Ici se présentent deux opinions. Quelques chirurgiens font des SÉANCES *de lithotritie*, et cassent la pierre jusqu'au broiement, en une seule fois.

On opérait ainsi dans le début ; mais le malade, fatigué par la longueur des manœuvres, blessé peut être par des recherches dont on n'avait pas encore une expérience suffisante, était ensuite sous le coup d'accidents locaux et généraux qui donnaient à cette manière de faire une gravité, heureusement rare à présent, mais qui bien certainement pèse encore sur l'appréciation de cette méthode.

Je préfère de beaucoup *casser la pierre une fois, deux fois au plus, et me retirer*. Je recommence deux jours après, et j'arrive aussi tôt au bout que si j'avais fait des séances. L'opération est réduite ainsi à un simple cathétérisme ; et le malade n'en est pas plus fatigué. Il n'y a pas de choc opératoire et point de traumatisme. Le système nerveux n'est pas excité par la longueur des manœuvres.

En fait d'instruments, il faut que le malade en ait *juste le contact indispensable*.

Avec ces données, j'ai pu opérer *sans accidents d'aucune sorte*, plus de cent fois chaque année, — et pendant plusieurs années, — des calculeux de toutes natures.

Dans cette longue liste, je n'ai perdu qu'un seul malade. C'était dans le début de ma carrière, où je suivais encore les errements de l'hôpital. Le malade avait une pierre grosse à peu près comme un œuf de pigeon. Elle n'était pas dure ; et la vessie était complaisante. La pierre se présentait d'elle-même, de telle façon que, sans déplacer le lithotriteur, je

Digitized by Google

n'avais qu'à l'ouvrir et le fermer pour casser, chaque coup, un fragment. La chose était si simple que je me suis laissé aller à prolonger ces manœuvres, qui n'ont donné, du reste, au malade ni une goutte de sang, et pas même une impression pénible. Après l'opération il n'est survenu aucun accident local et point d'accès de fièvre. Mais peu à peu le malade s'est affaissé ; et six semaines ou deux mois après, il a succombé sans présenter aucun mal, et sans pouvoir caractériser la cause immédiate de cette issue fatale.

Ce fait a pesé sur toute ma pratique chirurgicale, et quoiqu'il y ait, à présent, une réaction contre les lithotrities « *à petites doses* », je crois qu'elles sont encore ce qu'il y a de plus inoffensif.

Sur toute cette question, je résume ainsi ma pensée : La taille ne doit être faite que lorsqu'on ne peut pas faire la lithotritie ; — et la lithotritie doit toujours être très courte.

M. GANGOLPHE, en réponse à M. Bron, dit qu'il ne pense que l'on puisse opposer la lithotritie à la taille ; chacune de ces opérations ont des indications spéciales.

Il répond encore que la lithotritie à petites séances, répétées, telles que M. Bron la pratiquait, était condamnée, et que tous les chirurgiens faisaient la litholapaxie, le broiement et l'évacuation en une séance.

STIGMATES PROFESSIONNELS DES TIREURS D'OR.

M. LYONNET, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Lépine, suppléé par M. Lannois. Le malade est tréfileur d'or et présente des stigmates professionnels. Voici comment il explique ces stigmates : il fait passer des fils de cuivre à travers des rubis ; ces fils très tendus se cassent de temps en temps et produisent à travers les vêtements les cicatrices que l'on peut voir sur les mains, les avant-bras et même la poitrine.

Il présente ce malade parce que les stigmates des tréfileurs d'or ne sont connus que des médecins de la région lyonnaise ; la tréfilerie d'or est en effet une industrie locale. Il le présente en second lieu parce que ce malade, vu par M. Clément il y a quelques années, a fait l'objet d'une communication sur ces stigmates à la Société de médecine. M. Clément dit que ces taches sont brunâtres ; elles ont changé de couleur et

Digitized by Google

sont actuellement noir-bleuâtres. Le malade raconte que les ouvriers porteurs de ces stigmates sont très rares, parce qu'on a perfectionné l'outillage, et que lorsque le fil casse il vient frapper une planchette protectrice.

M. LANNOIS. Nulle part ces stigmates ne sont signalés. M. Lacassagne lui-même n'en connaît que de très rares cas. Ces stigmates ont une valeur certaine comme signes d'identité.

M. Et. ROLLET connaît ces stigmates. Dans un mémoire sur le tatouage, il a publié un dessin analogue qui existe au laboratoire de médecine légale de M. Lacassagne.

PANCRÉATITE HÉMORRHAGIQUE.

M. LÉPINE fait une communication sur la cause de la mort dans la pancréatique hémorrhagique et l'hémorrhagie du pancréas. Il rappelle l'extrême gravité de cette affection qui ne peut s'expliquer cependant par l'abondance de l'hémorrhagie. Il a vu chez le chien que l'injection de poudre de lycopode dans le bout périphérique de l'artère pancréatique principale est suivie en très peu d'heure d'un infarctus hémorrhagique et de la mort. On obtient également la mort, mais avec anémie de l'organe, en faisant pénétrer lentement, en une heure par exemple, une certaine quantité d'huile aseptique (50 gr.) dans le bout central du canal de Wirsung d'un chien. L'injection de quelques centimètres cubes d'huile ou de 200 centimètres cubes d'eau salée dans le canal de Wirsung n'amène aucun symptôme. M. Lépine croit en conséquence que c'est l'ischémie artérielle, soit avec pâleur de l'organe, soit avec infarctus, qui est la cause de la mort. Quant à la cause prochaine, elle est à rechercher.

M. Lépine insiste sur le fait que la mort arrive en une vingtaine d'heures au plus, après abaissement ou élévation de la température centrale.

Digitized by Google

A PROPOS D'UN CAS D'ENDOCARDITE PRIMITIVE DE LA VALVULE TRICUSPIDE ;

Par MM. le docteur Leclerc, médecin des hôpitaux, et J. Collet, interne des hôpitaux de Lyon.

Albert V..., 30 ans, employé de commerce, entre le 27 juin 1892, dans le service de M. H. Mollière, suppléé par M. Leclerc.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il a contracté la syphilis à 26 ans. En 1884, il a reçu une balle de revolver dans le thorax, du côté gauche ; cette balle n'a pu être extraite : on constate encore au niveau du deuxième espace intercostal gauche une petite cicatrice (disons tout de suite que cette balle n'a pas été retrouvée à l'autopsie quoiqu'elle ait été recherchée avec un soin minutieux, et qu'on n'a vu dans les organes du médiastin aucune trace de son passage : il est fort probable qu'elle n'a pas pénétré dans le thorax).

Le malade n'a jamais eu de rhumatisme ; cependant, en 1885, il a été réformé pour lésion du cœur.

Il y a deux ans, à la suite de l'influenza, il aurait eu des hématuries pendant cinq jours et du purpura aux membres inférieurs pendant une quinzaine de jours. L'hiver dernier, il aurait contracté de nouveau l'influenza et depuis cette époque il a toujours toussé. Il n'a jamais eu d'hémoptysies. Il dit avoir perdu plusieurs kilogrammes.

A son entrée dans le service, le malade souffre d'un point au côté droit du thorax. Il tousse fréquemment et les quintes de toux sont quelquefois suivies de vomissements.

A l'examen des poumons, on note de la submatité aux deux bases. A ce niveau on entend de gros râles sous-crépitants, mais pas de souffle. Les vibrations sont presque éteintes. Aux deux sommets en arrière on trouve de la submatité, mais sans râles, même après la toux et un souffle expiratoire très net avec retentissement de la voix. L'expectoration est muqueuse, aérée.

Digitized by Google

Le malade accuse de fréquentes palpitations. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, à deux travers de doigt environ de la ligne mamelonnaire. Dans toute la région précordiale on entend un souffle systolique très intense : ce souffle a son maximum un peu en dedans de la ligne mamelonnaire, mais on l'entend très nettement aussi en dehors du mamelon et jusque sur la ligne axillaire. Il ne s'entend pas du tout dans le dos. Dans la position assise, ce souffle diminue beaucoup d'intensité sur la ligne axillaire. A ce niveau il ne couvre pas le bruit valvulaire. Pas de pouls veineux. Le pouls est petit, mais régulier.

L'abdomen est ballonné ; peut-être y a-t-il un peu d'ascite. Œdème prononcé des jambes.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine, et cette recherche a été faite plusieurs fois pendant le séjour du malade avec un résultat analogue.

Le malade a de la diarrhée depuis quinze jours, présente un état général très grave, et une fièvre avec grandes oscillations quotidiennes atteignant 40° ; il paraît sous le coup d'un processus infectieux.

Les téguments ont toujours présenté une pâleur extrême, malgré les crises de dyspnée que présentait le malade surtout dans les derniers jours. La cyanose ne s'est montrée qu'aux approches de la mort qui arriva trois mois après son entrée.

A l'autopsie on trouve un cœur (1) légèrement hypertrophié : l'hypertrophie est surtout nette sur les parois du ventricule droit. La valvule mitrale est saine ; seulement quelques plaques d'athérome qui ne gênent pas son occlusion. L'aorte n'a pas son calibre normal, elle présente un rétrécissement vraisemblablement congénital; mais des mensurations n'ayant pas été faites, on ne peut se prononcer exactement sur son degré et son importance. Sur les trois sigmoïdes aortiques, on voit de petites végétations d'endocar-

(1) Le cœur a été présenté aujourd'hui à la Société des sciences médicales dans la séance du 5 octobre.

Digitized by Google

dite partant de leur bord libre et de leur face inférieure : quelques végétations descendent sur la paroi ventriculaire. Les valvules pulmonaires sont saines. Sur la valvule tricuspide on trouve des végétations géantes, friables, d'aspect récent, plus ou moins pédiculisées, dont quelques-unes ont près d'un centimètre de longueur.

Les poumons ont une coloration rose pâle ; celui du côté droit présente de nombreuses adhérences, très résistantes, paraissant remonter à une époque assez éloignée. Les poumons crépitent mal et paraissent œdématiés et un peu sclérosés. Leur tissu ne surnage pas, mais reste entre deux eaux.

Le foie est un peu congestionné ; il montre une apparence graisseuse bien nette.

La rate est grosse ; elle pèse 425 gr.

Les reins sont pâles, de volume normal, et ne présentent pas d'altération visible macroscopiquement.

En résumé, il s'agit d'une endocardite primitive, végétante au premier chef, de la valvule tricuspide, accompagnée d'une endocardite un peu moins prononcée des valvules sigmoïdes de l'orifice aortique. Par leur aspect extérieur, et en particulier par leur friabilité les végétations de l'un et l'autre orifice paraissent récentes. Il n'est pas impossible toutefois, en raison des antécédents fournis par le malade, que le processus aigu se soit développé sur un vieux fond d'endocardite chronique par le mécanisme bien connu de l'endocardite infectieuse venant se greffer sur d'anciennes lésions de l'endocarde.

Cette observation nous a paru digne d'être publiée, en premier lieu à cause de l'existence d'une endocardite primitive du cœur droit, en second lieu, à cause de la difficulté d'interprétation du souffle de la pointe. Ce cas démontre si toutefois le fait avait encore besoin d'être démontré, que souffle de la pointe et insuffisance mitrale ne sont pas deux termes synonymes. Que de fois il est arrivé à des cliniciens des plus éminents de trouver un orifice mitral absolument sain à l'autopsie, alors que pendant la vie ils avaient cru devoir admettre

Digitized by Google

l'existence d'une insuffisance mitrale en raison de la constatation d'un souffle de la pointe !

En dehors des nombreux souffles extra-cardiaques de la pointe qui peuvent en imposer pour des souffles mitraux organiques, il y a encore, et notre cas vient à l'appui de ce fait, les souffles tricuspidiens qui peuvent donner le change. Si le lecteur veut bien se reporter au texte de l'observation il verra en effet que pour avoir son maximum en dedans de la ligne mamelonnaire, le souffle ne s'entendait pas moins à la pointe et même en dehors de celle-ci dans la ligne axillaire. Néanmoins, après plusieurs examens minutieusement et méthodiquement pratiqués, nous étions arrivés à cette conclusion que le souffle n'était point un souffle mitral, malgré quelques-unes de ses apparences et nous avions repoussé le diagnostic d'insuffisance mitrale. Pour cela nous nous sommes appuyés sur le foyer minimum qui était, non pas la pointe, mais l'intervalle compris entre la pointe et l'appendice xiphoïde, c'est-à-dire le bord inférieur du ventricule droit. De plus, tout en se propageant dans la ligne axillaire, le souffle à ce niveau n'était point assez intense pour couvrir complètement le premier bruit du cœur. Cela était surtout évident quand on faisait asseoir le malade. En effet, si ce dernier étant assis on auscultait la ligne axillaire, on percevait derrière le souffle qui alors diminuait d'intensité le claquement du premier bruit. En troisième lieu, le souffle très intense à son foyer maximum ne s'entendait pas du tout dans le dos. Or, on sait quelle importance les cliniciens, et Duroziez en particulier, attachent à ce caractère quand il s'agit d'affirmer ou de repousser l'existence d'une insuffisance mitrale.

Ajoutons que le pouls a toujours été régulier, ce qui ne se voit pas dans l'insuffisance mitrale où à un moment donné le pouls cesse toujours d'être régulier. Enfin le malade n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. Pour tous ces motifs, nous nous étions cru autorisés, et l'autopsie nous a donné raison, à nier l'existence d'une lésion mitrale.

Digitized by Google

CALCUL VÉSICAL.

M. Augagneur relate le cas d'un calcul vésical ayant passé inaperçu aux divers moyens d'exploration, et cela dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui à la suite d'une blennorrhagie accompagnée de cystite hémorrhagique, vit une année après se développer tous les symptômes d'une cystite calculeuse.

Le calcul ne fut découvert qu'à l'opération qui consista en une taille périnéale.

M. Augagneur trouva un volumineux calcul qui s'était certainement développé plusieurs années avant la blennorrhagie.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'un calcul volumineux a pu exister et être parfaitement toléré par la vessie avant l'apparition d'une blennorrhagie.

ÉPINGLE A CHEVEUX ET CALCUL.

M. Aubert présente un calcul qui paraît monté sur une épingle à cheveux.

Ce calcul fut extrait par la taille hypogastrique sur une femme qui s'était introduit dans le méat urinaire une épingle à cheveux dont les extrémités piquantes faisaient saillie dans le vagin, tandis que l'extrémité mousse plongeait dans la vessie.

Des incrustations calcaires s'étaient produites sur cette extrémité et avaient amené la production d'un volumineux calcul.

M. Bron se rappelle aussi avoir extrait un étui renfermant neuf aiguilles. Cet étui avait soi-disant été introduit par mégarde !

Digitized by Google

PANCRÉATITE HÉMORRHAGIQUE.

M. Lépine rappelle que les expériences qu'il a faites autrefois avec M. Barral, pour rechercher le ferment glycolytique dans le pancréas lui-même, n'avaient pas donné de résultat négatif; le pancréas *in vitro* produit *immédiatement* après la mort une telle quantité de sucre, que la formation de ce dernier *masque* presque la perte. En fait, le pancréas en une heure, à la température du 39°, détruit plus de sucre qu'un même poids de sang dans les mêmes conditions. C'est là un résultat tout à fait certain.

Déjà, il y a plus d'un an, M. Lépine constatant que le sang d'un chien privé de pancréas renferme encore une notable fraction de la quantité de ferment glycolytique que le sang d'un chien sain doit normalement contenir, en avait conclu qu'il y a d'autres sources de ferment glycolytique que le pancréas. Ses dernières expériences montrent qu'en effet les glandes salivaires et la muqueuse *de la partie supérieure* de l'intestin grêle (il n'a pas encore examiné à cet égard la moitié inférieure de cet intestin) jouissent d'un pouvoir glycolytique *supérieur à celui du sang*. De plus, ces organes produisent aussi dans les premiers instants qui suivent la mort une très grande quantité de sucre. Ainsi le foie n'est pas le seul organe doué de la fonction glycogénique. Si elle est si manifeste dans le foie, c'est en raison de la grosseur de l'organe et de sa richesse en matière glycogène; mais d'autres organes, les muscles, ainsi qu'on le savait déjà, les glandes salivaires, la muqueuse de l'intestin grêle, la rate, etc., etc. Quant à la fabrication du ferment glycolytique, elle paraît plus localisée; mais, ainsi qu'on vient de le voir, elle n'est pas, quoi qu'en dise Minkowski, restreinte au pancréas.

En résumé, même chez les animaux supérieurs, les organes sont moins différenciés qu'on le dit, et malgré leur spécialisation ils gardent des propriétés communes en rapport avec leur commune origine.

Digitized by Google

Plusieurs des expériences sur lesquelles est fondée cette note ont été faites avec l'assistance de M. Métroz.

SALPINGITES DOUBLES AVEC UTÉRUS EN RÉTROVERSION ; EXTIRPATION.

M. Nové-Josserand, interne des hôpitaux, présente trois utérus enlevés par M. Goullioud pour des suppurations multiples du petit bassin, qui n'avaient pu être traitées par la méthode de M. Laroyenne.

C'est surtout quand il y a rétroversion plus ou moins irréductible accompagnée de salpingites doubles, que M. Goullioud croit la méthode de Péan-Segond particulièrement indiquée.

Une autre indication de cette opération est la récidive après une ponction et le débridement employé par M. Laroyenne.

Quant au manuel opératoire, M. Goullioud emploie le procédé de Muller-Quenu. Après avoir décollé les deux faces de l'utérus, on sectionne celui-ci verticalement sur la ligne médiane, de façon à avoir deux valves que l'on enlève séparément. Par ce procédé on fait plus sûrement l'hémostase, et l'ablation consécutive des trompes est plus facile.

M. Goullioud reste partisan pour la plupart des suppurations pelviennes de la méthode de M. Laroyenne; mais il croit qu'il existe quelques cas dans lesquels on ne peut enlever les annexes que par une laparotomie ou une hystérectomie. Or pour lui l'hystérectomie est moins grave que la laparotomie.

MM. Cordier et Augagneur rappellent un vœu émis par M. Fochier, c'est que les auteurs de présentation de pièces curieuses viennent quelque temps après donner des nouvelles des opérés, sans quoi ces présentations n'ont pas plus d'intérêt que s'il s'agissait de pièces d'autopsie.

PÉRICARDITE PURULENTE.

M. B. Lyonnet, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. Lépine, suppléé par M. Lannois.

Digitized by Google

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, cultivateur, entré le 24 octobre 1892, salle Sainte-Élisabeth, n° 45. A son entrée le malade est en proie à une vive dyspnée, il est pâle, légèrement cyanosé. Il raconte qu'il y a douze jours il a pris froid, puis il s'est senti un point de côté à gauche et une grande oppression. Son état a toujours été en s'aggravant. Il était auparavant tout à fait bien portant.

A l'examen du malade à son arrivée on trouve un épanchement dans la plèvre gauche, mais peu abondant, car la matité remonte à peine jusqu'à l'épine de l'omoplate, et dans la partie supérieure de cette matité on entend du frottement. En avant, il y a aussi de la matité dans la partie inférieure du thorax jusqu'au mamelon. En haut un peu de skodisme. Il est impossible de sentir la pointe du cœur, les bruits sont sourds, le pouls est faible.

En raison de la vive dyspnée, et bien que l'épanchement ne paraisse pas très abondant par suite des signes observés en arrière, M. Lyonnet pratique de suite une thoracentèse, mais ne retire que 400 à 500 grammes environ de liquide séro-fibrineux. L'absence de choc de la pointe pouvait s'expliquer par une déviation du cœur l'ayant porté sur le sternum. Mais plus tard, voyant qu'on ne sentait toujours pas la pointe, que la matité n'avait pas disparu en avant, que la dyspnée était très vive pour peu de phénomènes aux poumons, M. Lyonnet pensa qu'il pouvait bien s'agir d'un épanchement péricardique.

Le 25, à la visite, M. Lannois trouve le malade dans un état très grave. La dyspnée est très vive, profonde, 38 respirations par minute. Un peu de cyanose; pouls très faible, presque imperceptible. La matité est toujours la même en avant, elle dépasse le bord droit du sternum. Pas de douleur le long du phrénique. Le malade se tient constamment couché sur le côté gauche. Température à 37°.

M. Lannois pose le diagnostic d'épanchement dans le péricarde. Il doit revenir dans la soirée pour pratiquer la ponction si l'état reste le même.

Digitized by Google

Caféine, 0,50 en injections, ventouses scarifiées et vésicatoires sur la région précordiale.

Le malade meurt dans l'après-midi.

L'autopsie a été faite il y a quelques instants.

M. Lannois a pratiqué sur le cadavre la ponction qu'il se proposait de faire sans la mort rapide du malade. Il a ponctionné dans le 5e espace intercostal, à 4 ou 5 centimètres du sternum. Il est sorti de 1100 à 1200 grammes de liquide purulent à odeur très fétide.

Une fois le thorax et l'abdomen ouverts, on a constaté un peu d'ascite dans le *péritoine*, un peu d'épanchement séro-fibrineux dans la plèvre gauche ; quelques adhérences dans la plèvre droite. Les *poumons* sont sains, pas de tubercules. Le *péricarde* a des dimensions énormes, il est épaissi, très vascularisé à la périphérie. La face interne est tapissée de fausses membranes purulentes. Le *cœur* est petit, le myocarde a une teinte feuille morte très marquée. Rien aux valvules ni aux orifices. Les *reins* sont sains, le *foie* est légèrement muscade.

M. Lannois a tenu à faire présenter ces pièces anatomiques en raison de la grande quantité de l'épanchement péricardique et de la difficulté du diagnostic. La présence de l'épanchement pleural, l'absence de douleur le long du phrénique, les caractères de la dyspnée qui n'était point une dyspnée superficielle comme celle des malades atteints de péricardites qui immobilisent leur diaphragme ; tout cela venait compliquer le diagnostic. Un autre point intéressant est l'absence de lésions ayant pu amener cette péricardite purulente qui est absolument primitive.

M. Lannois fait remarquer que la nature de l'épanchement vient amoindrir les regrets qu'il pourrait avoir de n'être pas intervenu.

L'état du myocarde permet aussi de penser que l'intervention aurait été inutile.

Digitized by Google

ACTINOMYCOSE.

M. Dor, interne des hôpitaux, présente une malade du service de M. le professeur Poncet.

Cette femme, âgée de 59 ans, a toujours eu une excellente santé. Il y a six mois, elle s'est arrachée elle-même une dent, la première molaire droite du maxillaire inférieur, dent qui était déchaussée et cariée. Huit jours après elle ressentit une douleur dans la région sous-maxillaire, et il apparut une tuméfaction, laquelle se termina par ouverture spontanée au bout de deux mois, issue d'un liquide sanguinolent et création d'une fistule qui persiste encore.

Peu de temps après l'apparition de cette adénite sous-maxillaire apparut une tuméfaction dans la région parotidienne, en même temps que la malade ressentit une limitation des mouvements de la mâchoire.

Il y a deux mois apparut une induration et un gonflement de la tempe paraissant bridés par l'aponévrose du muscle temporal et provenant selon toute vraisemblance d'une propagation du processus sous l'arcade zygomatique le long de la branche montante du maxillaire inférieur. Cette dernière tuméfaction aboutit à la formation d'une fistule qui persiste encore à l'angle supéro-externe de l'orbite et qui produit de l'œdème des paupières, circonstances très fâcheuse dans le cas particulier, car la malade est atteinte d'une cataracte sur l'œil gauche.

Il y a deux mois, la malade a eu des symptômes d'empyème de l'antre d'Hygmor, il s'est écoulé par la narine droite une assez grande quantité de pus pendant une quinzaine de jours.

En outre, il y a un mois et demi, il y a eu également un écoulement de pus par le conduit auditif externe, mais la malade entend très bien de l'oreille qui a été atteinte et il n'y a pas de perforation du tympan.

En présence d'une affection à allure aussi bizarre, simulant à la fois une ostéite tuberculeuse, ostéomyélitique,

Digitized by Google

syphilitique, et un ostéosarcome, mais différant cependant de chacune de ces affections par des symptômes importants, en présence de la multiplicité des fistules, M. Poncet pensa que l'on avait affaire à un cas d'actinomycose.

Or en pressant sur les points les plus enflammés, on fit sortir par les fistules un liquide puriforme dans lequel il était facile de voir flotter de petits grains jaunes caractéristiques. M. Dor examina ces grains au laboratoire de la clinique chirurgicale et constata qu'il s'agissait en effet d'actinomycose.

M. Dor recommande pour pratiquer cet examen de ne pas écraser les corpuscules qui sont très délicats, la simple pression de la lamelle suffit à les déformer au point de les rendre méconnaissables. L'examen est d'ailleurs très simple, il suffit de colorer les actinomyces sans les dessécher, avec une goutte de picrocarmin ou d'éosine.

(Dans la séance du 2 novembre, M. Dor a ajouté qu'il avait examiné les crachats de cette malade et qu'il avait constaté l'absence de bacilles de Koch et la présence d'actinomyces. Les symptomes stéthoscopiques étaient : submatité au sommet droit, craquements humides en avant et en arrière, respiration rude et bronchophonie.)

M. Poncet dit que cette malade méritait d'être présentée à la Société en raison de la rareté de l'actinomycose dans cette région. Il ne connaît que sept ou huit observations publiées en France, à savoir les deux cas de Doyen (Congrès de chirurgie, 1889) et quelques cas dans les *Annales de dermatologie*, 1891.

M. Augagneur demande si on a essayé de connaître l'état des bêtes bovines qui ont été en contact avec cette femme ; il ne semble pas que les vétérinaires français en aient vu beaucoup de cas. L'actinomycose est une affection qui paraît localisée dans certaines provinces d'Allemagne et notamment dans le Brandebourg ; il serait très important de savoir si cette maladie se propage dans notre pays.

M. Poncet dit que la malade est de Chanat, près de Culoz, et qu'il résulte des renseignements sommaires qu'elle a pu fournir qu'elle n'a pas vu de vaches atteintes d'actinomycose. Mais M. Poncet ira faire une enquête dans le pays même. D'ailleurs il ne croit pas que l'actinomycose soit aussi exceptionnelle qu'on veut bien le dire, il sait que M. Arloing en a vu quelques cas.

Digitized by Google

M. Lannois confirme le dire de M. Poncet. Il raconte qu'il y a six ou sept ans un vétérinaire lui a dit avoir vu dans la région de l'Autunois chez certaines bêtes de l'espèce bovine une tumeur des mâchoires qui était selon toute vraisemblance une tumeur actinomycosique.

M. Augagneur donne le résultat des expertises du service des abattoirs de Lyon, et déclare que l'actinomycose y est inconnue; mais il croit bien en effet qu'à l'École vétérinaire on peut en avoir vu quelques cas.

M. Poncet dit qu'il ne croit pas à la nécessité de la contagion par les bêtes à cornes.

L'actinomycose est un champignon qui paraît se développer sur le blé ou dans les fourrages, et l'homme peut s'infecter de la même façon que les bœufs sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait contamination de l'un par l'autre.

Il cite l'observation d'un enfant qui s'est infecté par un épi de blé.

CANCER DU REIN.

M. Rivière, interne des hôpitaux, donne des renseignements sur le malade opéré de néphrectomie par M. Poncet et dont il a présenté le rein dans la précédente séance.

Actuellement l'état de ce malade est aussi satisfaisant que possible. Après l'ablation des pinces à demeure, il a eu une petite hémorrhagie qui s'est arrêtée spontanément. Il n'a pas eu d'élévation de température.

La quantité de ses urines est actuellement d'un litre dans les 24 heures. Ces urines renferment un peu d'albumine et contiennent 18 grammes d'urée par litre.

M. Rivière ajoute qu'il a consulté différentes statistiques et que si les statistiques de Guillet dont il a parlé dans la dernière séance sont très défavorables, puisque cet auteur accuse une mortalité de 60 à 70 %, celles des Allemands sont un peu meilleures. Quelques-unes indiquent 60 à 72 % de guérisons opératoires.

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS.

M. Dor, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant du service de M. le professeur Poncet :

Digitized by Google

1° Un utérus atteint de cancer du corps enlevé la veille par la voie vaginale chez une malade de 44 ans. Cette malade n'avait pas encore atteint la ménopause, depuis un an elle souffrait de métrorrhagies très abondantes qui l'avaient profondément anémiée ; le premier diagnostic posé avait été métrite hémorrhagique de la ménopause, parce qu'en général le cancer du corps se développe après la cessation des règles ; mais en introduisant le doigt dans l'utérus préalablement dilaté au moyen de sondes d'Hegar, on put sentir très nettement un cancer et retirer par une curette de petits fragments qui ont été examinés au microscope.

CANCER DU CORPS THYROÏDE.

2° Un cancer du corps thyroïde avec des poumons farcis de noyaux de généralisation. Ces pièces proviennent d'une malade âgée de 74 ans qui se portait bien il y a cinq semaines. A ce moment elle prit une sorte de grippe, et quelques jours après elle vit apparaître une tuméfaction du cou.

Au moment où elle entra à l'hôpital on put penser que l'on avait affaire à une thyroïdite aiguë ; mais la dureté de la tumeur, la présence de ganglions ligneux furent considérés comme de symptômes de cancer ; d'ailleurs une ponction fut pratiquée avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz et ne donna issue qu'à du sang.

M. Poncet dit que le cancer du corps thyroïde, considéré autrefois comme une rareté, est en somme une affection assez fréquente. Dans le courant des six derniers mois il en a observé cinq cas ; mais il croit bon d'insister sur une forme spéciale qui n'est pas signalée dans l'excellente thèse d'Orcel, c'est précisément la forme à marche rapide simulant une thyroïdite aiguë présentant des ganglions, des douleurs irradiées et une dureté qui permettent de faire le diagnostic.

M. Poncet ajoute que d'une façon générale le cancer du corps thyroïde paraît se développer chez des malades atteints depuis longtemps d'un petit goître ; il considère en conséquence l'ablation de ces goîtres comme indiquée dans tous les cas même lorsqu'ils ne gênent les malades ni par leur forme anatomique, ni par leur volume.

Digitized by Google

NOTE SUR UN CAS DE CONTAGION DE LA DIPHTÉRIE;

Par G. LEMOINE, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'École du Service de santé militaire.

Parmi les questions que soulève la prophylaxie de la diphtérie, il y en a une qui est tout particulièrement difficile à résoudre. Il s'agit de savoir en effet quelle doit être la durée de l'isolement de l'enfant diphtéritique une fois guéri.

Il est de notion courante que le convalescent de diphtérie peut encore communiquer la maladie aux personnes de son entourage, les fausses membranes pouvant subsister longtemps dans le pharynx, le larynx et les fosses nasales de l'enfant atteint.

On sait, d'autre part, que les bacilles subsistent, tant qu'il existe une parcelle de fausse membrane si minime soit-elle.

Mais lorsque toute trace de l'affection a disparu, lorsqu'il n'existe plus aucune plaque diphtéritique dans les organes précédemment atteints, l'enfant guéri peut-il encore contagionner les personnes qui l'entourent? Très certainement oui.

Les recherches bactériologiques entreprises chez les convalescents de diphtérie, dans le but de savoir combien de temps encore le bacille de Löffler conservait sa virulence, ont fait voir que celui-ci avait été retrouvé dans la bouche des malades quatorze jours après la guérison. Il avait alors conservé toute sa virulence.

Dans son mémoire sur les conditions de propagation de la diphtérie, M. Bard (1), d'après les faits observés par lui, lors de l'épidémie d'Oullins, a été amené à insister tout particulièrement sur la longue durée de la puissance contagieuse de cette affection. Deux de ses malades, en effet, avaient été contagionnés par un convalescent au 34e jour; il constata même ultérieurement un cas de contagion par un convalescent arrivé au 40e jour.

(1) Bard. *Lyon Médical*, 1888.

Digitized by Google

Cette conservation de la virulence dans l'organisme du malade peut-elle être plus longue ?

C'est ce que démontre le fait que nous voulons relater ici.

Nous verrons en même temps d'autre part, qu'il y a eu aussi contagion avant le début de l'affection, c'est-à-dire avant l'apparition des fausses membranes.

Le 16 avril dernier, l'enfant Paul L..., âgé de 4 ans, était atteint d'angine diphtéritique, et l'affection se propageait bientôt au larynx, nécessitant la trachéotomie le 20 avril. Il habitait chez ses parents, dans un petit bourg des environs d'Orléans, nommé Olivet.

Nous ne savons rien de plus sur l'origine de ce cas.

Cet enfant guérit assez rapidement ; il commença à sortir à la fin du mois de mai ; à ce moment, depuis au moins quinze jours, il n'y avait plus trace de fausses membranes.

Le 5 juin, il vient en voiture à Jargeau, ville distante d'Olivet de 20 kilomètres environ, pour voir un petit cousin, Jean L..., âgé de 3 ans, et une cousine âgée de 4 ans 1/2.

Il passa une demi-journée avec eux et retourna à Olivet.

Le 10 juin, la grand'mère, habitant ce dernier bourg et la même maison que son petit-fils, fut prise d'une angine pseudo-membraneuse ; il y avait 25 jours que l'enfant était guéri.

A partir du 3 juillet, Paul L..., vint souvent voir en passant le jeune Jean L..., restant seulement quelques heures avec lui en visite; mais, le 18 juillet, Paul L... resta le soir à Jargeau et coucha avec son petit-cousin. Il repartit le lendemain pour Olivet, et le 22 juillet Jean L... était atteint d'une diphtérie qui nécessita l'opération de la trachéotomie le 26 juillet.

Deux autres cousins qui allaient à l'école de Jargeau avec Jean L..., et qui y étaient encore le 21 juillet, veille du jour où celui-ci fut pris, furent aussi atteints d'angine pseudo-membraneuse le 23 et le 24 juillet; tous guérirent.

Il n'y avait à ce moment-là aucun cas de diphtérie à Jargeau ; aucun enfant de l'école n'était même absent pour cause de maladie.

Digitized by Google

La maison qu'habite l'enfant Jean L... est une maison bien bâtie, bien aérée, et présentant les meilleures conditions hygiéniques ; pas de basse-cour dans le jardin ni dans les jardins environnants.

Rien en dehors du contact avec l'enfant convalescent de diphtérie ne peut expliquer l'éclosion de ce dernier cas. Il est cependant un fait à noter, c'est que le convalescent était venu déjà plusieurs fois, en passant, il est vrai, voir son cousin, et qu'il a fallu un contact plus long, une promiscuité plus grande que celle qui existe entre enfants lors d'une visite, pour amener l'éclosion de l'affection.

La contagion cependant, est-elle bien uniquement le résultat du séjour prolongé auprès de l'enfant contagieux, ou bien l'agent de la contagion a-t-il subi dans l'organisme de celui-ci des alternatives d'accroissement et de diminution de virulence, et la contagion s'est produite alors à un moment où le virus était plus actif, ou bien enfin, le contagionné présentait-il, au moment où il a couché avec son petit camarade, des conditions de prédisposition toutes particulières à recevoir et à faire prospérer l'agent virulent? Probablement toutes ces causes sont entrées, chacune pour leur part, dans les conditions de propagation de la maladie.

Quoi qu'il en soit, deux faits ressortent de cet exposé, à savoir :

1° L'enfant diphtéritique, parfaitement guéri de son affection, peut encore être le véhicule du germe de la contagion, et de plus, le convalescent de diphtérie est dangereux longtemps après sa guérison. Ici, en effet, la *contagion a eu lieu* 89 jours après le début de l'affection première, et 63 *jours après la guérison* complète qu'on peut faire remonter au 20 mai.

2° La contagion peut avoir lieu avant l'éclosion de l'affection chez le sujet préalablement contagionné, puisque nous voyons Paul L... contagionner Jean L... le 18 ou 19 juillet au plus tard, et que d'autre part ce dernier a été contagionné entre le 19 et le 21, ses deux cousins fréquentent la même école que lui. Nous avons vu, en effet, que le 21 juillet

Digitized by Google

Jean L... était encore bien portant, et que ce n'est que le lendemain 22 juillet qu'il ne revenait plus à l'école, étant resté malade chez lui. On pourrait objecter à cette dernière manière de voir que l'enfant, sans être indisposé au point de ne pas aller à l'école, pouvait déjà cependant, comme cela se voit fréquemment, avoir quelque fausse membrane dans la gorge.

L'enquête que j'ai poursuivie à cet égard auprès des parents m'a appris que la gorge avait été regardée par eux le 22 juillet au matin, et qu'à ce moment-là, elle ne présentait encore aucune fausse membrane; ce n'est que le soir qu'elles apparurent.

L'examen a-t-il été bien suffisant? C'est ce que je ne saurais dire.

Dans tous les cas le fait viendrait confirmer la précocité du pouvoir contagieux de la diphtérie, qui peut se propager, alors que l'enfant qui en est atteint ne présente absolument aucun malaise. Pour ce qui est de la prolongation de cette contagiosité après la guérison, ce cas fait voir combien on doit être prudent, relativement à la réintégration dans le milieu commun de l'enfant diphtéritique. L'isolement doit être prolongé et on ne peut être taxé d'exagération en disant que celui-ci doit être d'au moins trois mois, lorsqu'il s'agit de faire rentrer un enfant dans les écoles, ce milieu propice par excellence au développement et à l'extension de la diphtérie.

Dans tous les cas, il est un point de pratique sur lequel je désire insister en terminant, à savoir, celui de la désinfection de l'enfant lui-même. J'avoue avoir été un peu surpris, en voyant a la fin de septembre l'enfant dont je viens de rapporter l'histoire encore très souffrant, toussant, présentant un écoulement nasal muco-purulent assez abondant, ne subir aucun traitement particulier. Par contre l'appartement avait été désinfecté aux vapeurs sulfureuses, le papier de la chambre avait été changé, le linge avait été l'objet d'une désinfection rigoureuse; seul, l'enfant promenait librement des germes diphtéritiques toute la journée,

Digitized by Google

dans les mouchoirs de la maison sans qu'on y prît garde, puisque l'enfant était guéri. Le père même, absolument tranquillisé par les mesures prises, allait faire rentrer la sœur de l'enfant à la maison.

Je n'ai pas besoin de dire que je conseillai la continuation de l'isolement et des lavages antiseptiques dans les fosses nasales de l'enfant.

Malheureusement, dans la clientèle, il est bien difficile d'imposer des pratiques aussi ennuyeuses à des personnes qui n'en voient guère l'utilité puisque l'enfant est guéri.

C'est une des raisons qui m'ont engagé à rapporter ce fait tout au long; les détails dans lesquels je suis entré font voir toute l'importance qu'on doit attacher à l'isolement et à la désinfection du malade quand il s'agit de diphtérie, comme d'ailleurs de toute autre maladie contagieuse.

M. Bard a observé des faits identiques, mais on lui a toujours objecté que la contagion pouvait s'expliquer par les vêtements ou par le local; il est très heureux de connaître l'observation de M. Lemoine dans laquelle l'infection s'est produite en dehors du local même où l'enfant avait été malade. Dans une thèse qu'il a inspirée l'année dernière, M. Bard a publié l'observation d'un cas de contagion 103 jours après la guérison.

De la communication de M. Lemoine se dégage un second fait intéressant et sur lequel M. Bard a aussi attiré l'attention, c'est la contagion précoce avant l'apparition même des symptômes de diphtérie confirmée. M. Bard voudrait que lorsqu'un médecin fait des recherches relatives à l'origine d'une épidémie diphtéritique, il s'attachât surtout à découvrir le premier enfant atteint, qui est le véritable importateur de la maladie, au lieu d'accuser le local de contenir des poussières suspectes, ainsi que le fait a eu lieu il y a deux ou trois ans à propos d'une épidémie de groupe scolaire.

M. Mayet a observé également un cas de contagion de la diphtérie par un convalescent. Un enfant paraissant complètement guéri communiqua la diphtérie à un de ses amis avec lequel il se promenait.

M. Bard tient à profiter de cette discussion pour réclamer encore une fois la création d'un asile de convalescents à la campagne pour les diphtéritiques. Il croit qu'il ne faut pas se borner à désinfecter les locaux, les linges et la literie; il faut s'occuper un peu plus des personnes qui ont été en contact avec le malade, qui peuvent avoir eu des angines frustes, et surtout du malade lui-même.

Digitized by Google

Dans la diphtérie, les cas de contagion par les cas frustes ou légers, et par les convalescents, lui paraissent beaucoup plus fréquents que les cas de contagion directe, parce qu'on prend beaucoup de précautions vis-à-vis d'un malade et qu'on n'en prend aucune vis-à-vis d'un convalescent.

Un vote favorable de l'Administration avait accueilli le vœu de M. Bard de créer un asile de convalescents, on lui a même donné un semblant de satisfaction en décidant qu'une salle spéciale serait affectée à ce service à l'hôpital de la Charité; mais cette création ne change absolument rien à l'état antérieur.

Ce n'est pas dans un milieu infecté comme la Charité qu'il faut créer une salle d'isolement, il faut un asile à la campagne. La Charité est un milieu abominable où les enfants sont exposés à prendre successivement toutes les maladies infectieuses, et, ce qu'il y a d'intéressant, c'est que la diphtérie se propage moins dans les salles de diphtérie, où l'on prend certaines précautions, que dans les autres salles de l'hôpital.

M. Mayet dit que le grand obstacle à l'adoption des mesures que réclame M. Bard est venu du corps médical. Un médecin de la Charité a déclaré qu'il était absolument convaincu qu'il n'y avait aucun inconvénient à laisser sortir de l'hôpital les malades guéris, et l'Administration des hôpitaux, toujours prête à ne rien accorder aux médecins, a invoqué son grand argument de la contradiction dans le corps médical pour rester dans le *statu quo*.

M. Bard. J'ai précisément observé un cas de contagion par un malade dont le médecin en question avait autorisé la sortie de l'hôpital.

TUYAU DE PIPE EXTRAIT DE LA VESSIE.

M. Albertin présente à la Société un tuyau de pipe en caoutchouc durci, de 10 cent. de longueur qu'il a extrait de la vessie d'un jeune homme de 25 ans. Après avoir tenté inutilement de retirer ce corps étranger avec le lithotriteur, M. Albertin a eu recours à la taille sus-pubienne; au bout d'un mois le malade était guéri sans conserver de fistule.

ADHÉRENCES DES PILIERS POSTÉRIEURS AU PHARYNX; LIBÉRATION; APPAREIL PROTHÉTIQUE; GUÉRISON.

M. Albertin rapporte une observation d'adhérence cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais à la suite

Digitized by Google

d'une angine variolique datant de 1870. Par suite de ces adhérences, la communication du naso-pharynx avec l'oro-pharynx n'avait plus lieu que par un orifice étroit, ce qui amenait une gêne notable de la respiration. Depuis quelque temps le malade, âgé de 45 ans, emphysémateux, était de plus en plus gêné par son infirmité; et il réclama une intervention.

L'opération consista à libérer les piliers postérieurs d'avec les parois du pharynx au moyen d'un bistouri à longue lame coudée à angle droit. Mais il importait d'empêcher les tissus sectionnés de contracter entre eux de nouvelles adhérences ; c'est pourquoi M. Albertin demanda à M. Martin de lui construire un appareil prothétique. Cet appareil consiste en une plaque rectangulaire qui s'applique sur la paroi postérieure du pharynx, et dont le prolongement se moule sur la convexité postérieure du voile du palais. Au bout d'un mois on put enlever l'appareil et le malade était guéri.

ÉNORME CANCER SECONDAIRE DU FOIE.

M. Arthaud, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. Drivon.

Il s'agit d'un foie farci de nodules cancéreux secondaires, qui atteint le poids de 6 kil. 930 gr. Il existait un petit cancer de l'estomac au voisinage du pylore; ce néoplasme se présente sous la forme d'une dépression arrondie, un peu plus large qu'une pièce de deux francs, entourée d'un bourrelet saillant. Dans la tête du pancréas on a trouvé également un noyaux cancéreux.

Le malade était entré à l'Hôtel-Dieu au mois d'août pour des troubles digestifs (diarrhée, anorexie) datant du mois de juin. Il se cachectisa rapidement, présenta de l'ascite et de l'œdème des membres, sans albuminurie. A la palpation on sentait une énorme tumeur descendant dans l'hypochondre droit jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'arcade pu-

Digitized by Google

bienne. Le malade succomba sans avoir présenté de vomissements ni de troubles de la défécation.

MORT SUBITE PAR EMBOLIE LE 15e JOUR APRÈS UN ACCOUCHEMENT.

M. Villard, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une malade du service de M. Vinay.

Cette femme, secondipare, était entrée à l'Hôtel-Dieu pour accoucher. La poche des eaux était rompue, et il y avait une hémorrhagie non inquiétante; le col se dilata rapidement et trois heures après son entrée la malade mit au monde un enfant mort. Après que tout fut terminé on pratiqua une injection intra-utérine antiseptique.

Trois jours après apparut dans la fosse iliaque droite un empâtement douloureux qui fut traité par une révulsion locale; la température monta à 39° et 39°,5.

Le quatorzième jour elle allait bien, mais on s'opposa à sa sortie de l'hôpital; malgré cette défense la malade voulut se lever, et à peine était-elle hors de son lit qu'elle chancela et mourut.

A l'autopsie on trouva un caillot dans le cœur et un autre dans l'artère pulmonaire. De la partie inférieure du ligament large se détachait un gros cordon que l'on reconnut être la veine utéro-ovarienne atteinte de phlébite. L'utérus est encore volumineux et on constate qu'il présente une malformation congénitale consistant en une cloison médiane siégeant dans la moitié supérieure. Le placenta était inséré dans la loge droite. C'est de ce côté que partait la phlébite pour s'étendre jusqu'au niveau de la veine cave. La trompe était saine.

Digitized by Google

FEUILLE DE VIGNE CONSTITUANT LE NOYAU D'UN CALCUL VÉSICAL.

M. Repelin, interne des hôpitaux, présente des débris de calculs provenant d'une malade opérée par M. Laroyenne et donne sur ce cas les renseignements suivants :

Une femme, âgée de 28 ans, entre à la Charité dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 27 octobre 1892, avec des symptômes de cystite.

Le début de l'affection remontait à huit ans, époque à laquelle elle s'introduisit dans le canal de l'urètre une feuille de vigne enroulée sur elle-même. Cette feuille pénétra dans la vessie et détermina de la cystite dont les premiers symptômes firent leur apparition quelques semaines plus tard.

Trois ans après elle accoucha normalement.

La cystite persista.

Dans le service on constate par le cathétérisme la présence d'un calcul rugueux, assez friable.

La malade étant anesthésiée, l'urètre est alors dilaté avec les bougies de Hegar. Cette dilatation, qui a été portée jusqu'à un diamètre de 21 millimètres, pour ne pas déchirer les parties profondes de l'urètre, est progressive, et le méat est maintenu à l'aide de deux pinces hémostatiques, de manière à en empêcher le refoulement.

Le doigt introduit dans la vessie constate la présence d'un calcul friable qui est retiré par morceaux à l'aide d'une tenette.

A l'inspection de ces débris on s'aperçoit que le noyau du calcul est formé par une feuille de vigne de coloration brunâtre, peu altérée : on reconnaît en effet le pétiole, le limbe et les nervures. Ainsi, ce tissu végétal, séjournant depuis huit ans dans la vessie, a conservé toute son intégrité ; toutefois, il présente une certaine dureté et sa cassure rappelle un peu celle d'une feuille sèche.

Pendant les quatre jours qui suivent l'opération la malade perd ses urines ; puis la tonicité sphinctérienne reparaît peu

Digitized by Google

à peu pour être complètement revenue dix jours après l'opération.

Cette femme quitte l'hôpital le 17 novembre 1892 avec des urines normales et des mictions indolentes et suffisamment espacées, malgré l'énorme dilatation dont nous avons parlé.

M. Rafin se rappelle avoir vu dans le service de M. L. Tripier un calcul au centre duquel il reconnut des cellules végétales; le malade avoua s'être sondé avec un jonc.

KYSTE HYDATIQUE DU MUSCLE GRAND DENTELÉ.

M. Collet, interne des hôpitaux, présente un kyste hydatique du volume d'une tête de fœtus provenant d'une malade du service de M. Poncet.

La tumeur siégeait sur la partie latérale droite du thorax; elle datait de cinq ans. Le diagnostic avait été : abcès froid d'origine costale. A l'examen microscopique on trouva de nombreux scolex avec double couronne de crochets.

M. Poncet dit que cette observation est surtout intéressante en raison de la difficulté du diagnostic; il croit qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer un kyste parasitaire sans le secours de la ponction; cependant dans le cas particulier on aurait pu penser à un kyste hydatique à cause du siège nettement intramusculaire de la tumeur.

M. Augagneur croit que le siège musculaire n'est pas une raison suffisante pour affirmer un diagnostic de kyste hydatique; il se rappelle avoir opéré chez un enfant une tumeur musculaire en pensant avoir affaire à un kyste hydatique; or il se trouva en présence d'un abcès.

Il partage l'opinion de M. Poncet sur la difficulté du diagnostic de kyste hydatique. Dans les traités classiques on considère le frémissement comme un signe de certitude; or M. Augagneur a vu un malade dans le service de M. Ollier être porteur d'une tumeur fluctuante présentant ce frémissement avec une grande netteté; la tumeur fut enlevée par énucléation, et une fois ouverte on s'aperçut qu'il s'agissait simplement d'un abcès froid.

M. Lépine se rappelle avoir vu chez un homme de 40 ans une tumeur de la région sus-scapulaire développée dans les muscles et ayant évolué dans l'espace de deux ou trois ans; elle avait atteint le volume d'une grosse orange. Plusieurs chirurgiens avait examiné le malade et les diagnostics posés avaient été très différents. On se décida à enlever la tumeur

Digitized by Google

et on se trouva en présence d'un kyste hématique contenant des cristaux d'hématoïdine. En interrogeant le malade on apprit que le début de sa tumeur avait coïncidé avec une chute.

M. Poncet dit que les observations précédentes démontrent précisément ce qu'il disait, c'est qu'il est souvent impossible de faire le diagnostic de kyste hydatique même lorsque la tumeur est musculaire.

D'ailleurs, l'indication opératoire reste toujours la même : il faut inciser toutes ces collections liquides.

SYRINGOMYÉLIE.

M. Lépine met sous les yeux de la Société plusieurs préparations d'une moelle présentant les lésions de la syringomyélie.

Le malade était âgé de 38 ans, il était mégissier et avait fait de nombreux excès alcooliques.

A la fin de mai 1891, il coucha en état d'ivresse sur l'herbe mouillée; à la suite de cette imprudence il eut la jaunisse, puis une anasarque.

En septembre, douleurs lancinantes dans les extrémités.

Entré en octobre 1891, il était paralytique, ne pouvant se tenir debout; réflexes rotuliens abolis; quelques troubles de la sensibilité; paralysie des extenseurs du membre supérieur gauche, puis assez brusquement du membre supérieur droit. Mort de péritonite.

A l'autopsie, névrite segmentaire très accusée des nerfs des membres supérieurs et inférieurs. Beaucoup de rameaux nerveux ont été examinés et présentaient un grand nombre de tubes détruits. La moelle à l'état frais n'a pas été examinée; à la coupe on voit dans la région lombaire, en arrière du canal épendymaire et sur ses côtés, un tissu de gliome parfaitement limité. Plus haut, dans la région dorsale, le gliome a pris une beaucoup plus grande étendue; il a refoulé les cornes postérieures de la moelle en dehors et forme une tumeur assez volumineuse qui présente sur la coupe une perte de substance: on ne sait si elle existait pendant la vie. A la région dorsale supérieure et cervicale inférieure, la

Digitized by Google

lésion est encore plus accusée, et il paraît certain que la perte de substance que l'on constate sur la coupe à la partie centrale du gliome correspond bien à une destruction du tissu et n'est pas due à un durcissement incomplet.

Il est donc incontestable qu'il existe dans ce cas un gliome occupant presque toute la hauteur de la moelle et il semble évident que dans la partie inférieure de la région cervicale il existait une cavité. C'est donc un cas de syringomyélie gliomateuse, le premier probablement, qui ait été autopsié à Lyon.

Quant aux symptômes, ce cas ne peut rendre aucun service, attendu qu'il était compliqué de névrite périphérique. Aussi ne saurait-on être étonné que des trois syndromes qui existent ordinairement dans la syringomyélie, aucun n'ait été bien accentué. Le malade n'avait pas d'atrophie musculaire progressive, pas de troubles trophiques, et ne présentait pas davantage de troubles caractéristiques de la sensibilité.

D'ailleurs, dans la littérature déjà si riche de la syringomyélie on trouve un certain nombre de cas où des trois syndromes précédents aucun n'a existé avec la netteté qu'il présente dans les cas types.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉ ET RÉCENT DE L'INTERVENTION POUR TUMEURS DE LA VESSIE.

M. Rafin présente deux malades qu'il a opérés pour une tumeur de la vessie.

Le premier, M. F..., a été opéré le 9 août 1890, il y a plus de deux ans (exactement 27 mois). A ce moment les hématuries dataient de deux ans.

La voie employée fut la taille sus-pubienne. La tumeur était d'un volume supérieur à celui d'un œuf de pigeon, saillante quoique sa surface d'implantation fût presque aussi large que le reste de la tumeur.

Le procédé d'exérèse employé fut l'ablation avec les doigts,

Digitized by Google

la tumeur étant friable, puis le curettage à la curette tranchante et la cautérisation au galvanocautère.

Peu après, ce malade fut présenté à la Société des sciences médicales et son observation publiée dans le *Lyon Médical*.

Si M. Rafin le présente de nouveau, c'est pour faire constater la persistance de la guérison plus de deux ans après l'opération.

Histologiquement, la tumeur était un fibrome papillaire.

Le deuxième malade a été opéré plus récemment, il y a à peine cinq mois, pour une affection du même genre. Ce malade, âgé de 65 ans, urinait du sang depuis cinq à six mois seulement, quand il fut opéré. A ce moment, l'hématurie s'était produite sans douleur; mais, depuis lors, des symptômes de cystite étaient venus compliquer le tableau, néanmoins le diagnostic fut possible, car il n'y avait aucun symptôme de blennorrhagie, de prostatisme, ni de pierre, et que d'autre part son âge excluait à peu près formellement l'idée de tuberculose.

La voie employée fut également la voie hypogastrique. Elle permit de constater la présence, au milieu de la face postérieure de la vessie, à gauche, d'une tumeur d'aspect absolument comparable aux cancroïdes de la face, et de l'étendue d'une pièce de cinq frans à peine.

Le procédé d'exérèse employé fut l'ablation au bistouri, suivie de la cautérisation au thermocautère de la surface cruentée.

La guérison s'est effectuée sans trop de difficulté; les urines du malade sont actuellement normales et permettent de constater la réalité de la guérison.

L'examen histologique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma corné.

M. Augagneur relève une phrase de la communication de M. Rafin. Il ne croit pas que l'on puisse en principe éliminer le diagnostic de tuberculose vésicale en raison de l'âge d'un malade; il a vu beaucoup de cystites tuberculeuses chez des hommes âgés.

Digitized by Google

KYSTE DU LIGAMENT LARGE DROIT; OPÉRATION; GUÉRISON;

Par le docteur J. RENDU.

Cette observation emprunte son intérêt, d'une part au volume du kyste auquel nous avions affaire, et de l'autre au résultat opératoire obtenu.

Mme B..., 30 ans, du département de l'Allier, entre à l'Infirmerie Saint-Jean, lit n° 9, le 13 septembre dernier.

Mariée à 18 ans, elle a eu trois enfants dont le plus jeune a trois ans à peine.

Bonne santé habituelle, menstruation régulière (trois à quatre jours). Ni sucre ni albumine dans les urines.

Il y a dix-huit mois qu'elle voit son ventre grossir, sans pouvoir cependant préciser de quel côté cela a commencé.

Examen. — Ventre volumineux, régulièrement développé, saillant surtout en avant; la femme étant maigre et de petite taille, on dirait une grossesse plus qu'à terme.

Circonférence ombilicale.....	1 mètre.
Circonférence sous-ombilicale.....	0,98 cent.
Hauteur sus-pubienne de la tumeur. (dont 19 sus-ombilicaux)	0,43 —
Distance E I A S G à l'ombilic.....	0,21 —
— E I A S. D —	0,21 —

Fluctuation et matité partout, sauf à l'épigastre et dans la région lombaire droite où il y a une sonorité très nette. A gauche et en arrière la sonorité est à peine appréciable. Aucune douleur ni spontanée ni à la palpation. Accuse seulement depuis deux mois des douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

Toucher vaginal. — Rien à la vulve ni au vagin. Le ligament utéro-sacré gauche est tendu et très bien dessiné; l'index pénètre même à frottement entre son bord interne et l'utérus dans le cul-de-sac vaginal postéro-latéral gauche. Rien de notable du côté opposé. Utérus de multipare en latéro-version droite.

Digitized by Google

Je diagnostiquai un kyste de l'ovaire et non du ligament large, à cause de son développement marqué surtout dans le sens antéro-postérieur et de la forme du ventre qui en était la conséquence, à cause de son volume et de sa hauteur, et aussi parce que les culs-de-sac vaginaux avaient leur profondeur normale. Si l'on avait même demandé plus de précision, j'aurais penché pour un kyste de l'ovaire *gauche* pour plusieurs raisons : sonorité lombaire très nette à droite, presque nulle à gauche, utérus incliné en latéro-version droite, et enfin, anomalie signalée tout à l'heure du côté du ligament utéro-sacré gauche. La réalité devait m'apprendre une fois de plus que les signes classiques sont souvent en défaut, et que cliniquement il est impossible de diagnostiquer un kyste de l'ovaire d'un kyste du ligament large.

Je fis l'opération le 14 septembre avec l'assistance de mes confrères et amis les docteurs de Brinon (de Moulins) et Piante.

Anesthésie à l'éther. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane; kyste à parois rouges, sans adhérences et uniloculaire. Évacuation par ponction de 8 litres d'un liquide incolore, ayant la transparence du cristal et ne donnant aucun précipité albumineux par la chaleur ni par les acides (1). Une fois vidé, je reconnus qu'il s'agissait d'un kyste du *liga-*

(1) Voici, du reste, le résumé de l'analyse de ce liquide que je dois à l'obligeance de M. Bourcet, ex-pharmacien des hôpitaux.

Matériaux fixes, 14 °/oo
- Résidu minéral, 9 °/oo
  - Chlore, 5,09 °/oo représentant 8,40 °/oo de chlorure de sodium.
  - Acide phosphrique, 0,30 °/oo.
  - Acide sulfurique.
- Résidu organique, 5 °/oo
  - Substances albuminoïdes (albumine du sérum et paralbumine), 0,35 °/oo.
  - Urée, 2,95 °/oo.
  - Acide urique : traces.

Eau : 986 °/oo.
Réaction : alcaline.
Densité : 1005.
Examen microscopique : des cellules épithéliales.

Digitized by Google

ment large droit: La décortication très minutieuse, la paroi étant fort mince, demanda près de 45 minutes. Enfin je parvins à enlever la poche kystique intégralement, ce qui me permit de la gonfler et de la présenter quelque temps après, sous la forme d'une énorme vessie, à la Société des sciences médicales, en même temps que la femme qui en avait été porteur.

Le kyste énucléé, restait le manchon ligamenteux qui, bien que rétracté, avait encore de grandes proportions. Je le liai à sa base en deux gros tronçons avec un cordonnet de soie, et j'en pratiquai l'excision. Un suintement sanguin s'étant produit, je fis à un centimètre au-dessous une seconde ligature plus forte encore que la précédente, et j'abandonnai le pédicule, terminant l'opération par une suture à trois étages de la plaie abdominale comme dans une ovariotomie ordinaire.

Les suites furent simples, sans fièvre ni complications.

Une seule particularité : on dut sonder la malade jusqu'au moment où elle se leva pour la première fois, c'est-à-dire jusqu'au quinzième jour.

Elle quitta l'Infirmerie Saint-Jean le 5 octobre, complètement guérie.

Cette observation est intéressante d'abord par le volume du kyste enlevé; il est peu commun en effet de rencontrer des kystes du ligament large ayant de pareilles dimensions; et ensuite par ce fait qu'en ayant pratiqué l'extirpation totale, j'ai pu éviter de recourir au procédé dit de marsupialisation, qui déforme le ventre par une cicatrice adhérente et engendre souvent dans la suite des troubles fonctionnels de l'intestin.

CALCULS BILIAIRES VOLUMINEUX.

M. Audry présente de gros calculs biliaires dont les plus volumineux ont un diamètre supérieur à 1 cent. 1/2, et qui ont été rejetés pendant des efforts de vomissement. La ma-

Digitized by Google

lade avait eu des coliques hépatiques frustes à la suite d'une grossesse, il y a huit ans, mais depuis elle n'avait pas ressenti de nouvelles douleurs. M. Audry pense qu'en raison des dimensions de ces calculs, il faut admettre qu'ils ont dû passer de la vésicule biliaire dans l'estomac au moyen d'une fistule.

M. Mayet se rappelle avoir vu d'énormes calculs biliaires expulsés avec les selles ; il pense qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'interprétation de M. Audry.

M. Audry répond que les auteurs admettent qu'un calcul de plus de 1 cent. 1/2 de diamètre ne franchit pas le canal cholédoque ; il croit que dans le cas cité par M. Mayet il faudrait admettre également l'existence d'une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum.

NÉPHROTOMIE.

M. Cotsos, interne des hôpitaux, présente les deux reins d'une malade opérée par M. Gangolphe pour des phénomènes d'anurie que l'on attribuait à la destruction ancienne du rein gauche et à l'existence d'un calcul dans le rein droit.

La nommée L... (Rosalie), âgée de 36 ans, était entrée le 26 octobre 1892 dans le service de M. Audry avec une anurie presque complète.

Pas d'antécédents héréditaires, rien jusqu'à l'âge de vingt ans ; à ce moment elle éprouva des douleurs lombaires assez fortes et eut des hématuries ; elle aurait expulsé quelques graviers. L'état général s'était maintenu assez bon jusqu'à ces derniers jours, malgré la continuation des accidents hématuriques et douloureux. Les accidents réellement graves qui ont déterminé l'admission de la malade à l'hôpital datent du 25 octobre dernier ; elle eut une anurie presque complète, consécutivement des vomissements, puis un état comateux avec hypothermie.

Le 7 novembre, pensant à l'existence d'un calcul rénal on fait passer la malade dans un service de chirurgie. Trois jours après, M. Gangolphe pratiqua la néphrotomie lombaire du côté droit; le rein fut incisé au thermo-cautère. On ne

Digitized by Google

trouva aucun calcul, et 48 heures après la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva, à gauche, un rein kystique dont les loges contenaient un liquide séreux avec des grumeaux.

A droite, le rein, légèrement hypertrophié, était criblé d'une multitude de petits abcès occupant toute l'épaisseur de la substance rénale ; nulle trace de gravier. Les deux uretères étaient légèrement hypertrophiés et indurés par place ; rien du côté de la vessie ; rien aux poumons et autres organes.

M. GANGOLPHE se demande si, malgré la marche de cette affection il ne s'agirait pas d'un cas de tuberculose des reins ; il insiste sur la difficulté du diagnostic et sur l'indication formelle de l'opération qui seule pouvait donner une chance de survie à la malade. L'anurie ne pouvait s'expliquer que par une lésion des deux reins ou par un phénomène réflexe d'un rein agissant sur l'autre ; mais il était difficile d'admettre un réflexe persistant pendant quatre jours. Aussi M. Gangolphe s'était rattaché à l'idée d'une lésion bilatérale et pensait que le rein gauche devait être détruit, parce qu'il n'était pas douloureux ; il rappelle à ce sujet la phrase de D. Mollière : « Enfant qui crie n'est pas mort. »

M. Gangolphe ajoute que la malade n'eut pas de choc opératoire, et qu'elle n'eut pas d'élévation de température après l'intervention.

M. RAFIN demande si par les caractères de l'hématurie on n'aurait pas pu faire le diagnostic.

M. GANGOLPHE répond qu'il n'a pas observé lui-même les hématuries, il n'a vu la malade que lorsqu'elle était dans un état comateux.

M. MAYET demande à ce que les pièces soient examinées au point de vue anatomo-pathologique, afin de savoir s'il s'agit réellement d'un cas de tuberculose.

SUR LES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

M. BRON rappelle que M. Aubert a présenté récemment un calcul vésical développé autour de la partie arrondie d'une épingle à cheveux, et qu'il avait été difficile d'expliquer dans ce cas comment l'épingle à cheveux avait cheminé dans la vessie, la malade étant, selon l'expression consacrée, une « innocente ». Voici comment M. Bron explique cette observation : L'épingle, mise en présence du méat urinaire a pé-

Digitized by Google

nétré dans le canal ; quelques mouvements du corps ou de la main, ou le frottement contre les draps du lit l'ont engagée plus avant, et une fois introduite elle n'a plus pu reculer.

La surface ronde de la courbure lui a permis de glisser, tandis que les deux pointes s'arcboutant sur les surfaces à leur portée l'ont empêchée de revenir sur ses pas.

En dehors de ces cas accidentels, il arrive que chez des sujets impressionnables une sonde, une fois dans l'urèthre, s'enfonce d'elle-même comme si elle était aspirée.

Il existe, en effet, des contractions de l'urèthre, lesquelles sont d'autant plus fortes que la présence de corps étrangers les provoque davantage. A mesure que le corps étranger pénètre plus profondément les contractions deviennent de plus en plus fortes et le col de la vessie l'attire en haut et l'entraîne dans la cavité.

A l'appui de cette opinion M. Bron cite deux faits. Le premier est celui d'une femme qui étant en proie à une démangeaison insupportable, voulut se frotter avec un étui pour ne pas s'écorcher avec les ongles, or l'étui mal dirigé est entré dans l'urèthre. Dans ce cas, M. Bron put facilement introduire son doigt dans la vessie et sentir l'étui dont la direction était transversale. Il introduisit alors un autre doigt dans le vagin et amena le corps étranger dans le canal, puis en provoqua l'expulsion en le repoussant par le doigt introduit dans le vagin.

Le second fait est celui d'une malade qui s'était introduit une croisoire dans la vessie et que M. Bron put extraire également d'une façon très simple.

Dans ces deux cas, il s'agissait de femmes dont l'urèthre était dilatable et court. M. Bron voudrait qu'avant de songer à une opération sanglante, on épuisât, jusqu'à preuve de leur insuffisance, tous les moyens de ramener les corps étrangers par les voies naturelles. Il faut autant que possible débarrasser les malades de bonne heure afin d'éviter le dépôt calcaire qui se fait autour du corps étranger et déter-

Digitized by Google

mine tout le cortège bien connu de souffrances et d'inquiétudes.

M. Augagneur. On a l'habitude de considérer comme fatale la migration d'un corps étranger de l'urèthre dans la vessie, mais il existe des cas où le corps étranger reste dans l'urèthre. M. Augagneur en connaît deux observations.

Dans le premier cas, il s'agit d'un vieillard rétréci qui se brisa une sonde en avant du rétrécissement. Deux heures après le bout de sonde était spontanément revenu au méat

Dans le second cas, il s'agit d'un individu qui étant en état d'ivresse et ayant passé la nuit avec une femme, se réveilla avec une douleur très vive dans le canal. M. D. Mollière, dans le service duquel ce malade entra, constata une saillie à la racine des bourses et la saisit pensant avoir affaire à une épingle à cheveux qu'il comptait faire basculer pour l'extraire au travers du canal; or, M. Mollière ramena trois épingles à cheveux.

Il y a donc des cas où la migration des corps étrangers dans la vessie n'est pas fatale.

M. H. Mollière a observé autrefois un fait intéressant de corps étranger de l'urèthre qui ne put pas pénétrer non plus dans la vessie. C'était un épi de blé introduit dans le canal d'un jeune homme alors qu'il était en état d'ivresse. Chose singulière, la miction était encore possible, et ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines que le malade dut entrer à l'hôpital. Il avait au périnée un abcès qui ne tarda pas à s'ouvrir et qui donnait issue aux barbes de l'épi. La pince de Hunter plusieurs fois introduite jusque dans la portion bulbo-membraneuse en amenait également. Mais il fallut endormir le sujet pour arriver à enlever par le canal le corps même de l'épi. Dès lors la cicatrisation se fit régulièrement.

M. Cordier, à propos de la remarque de M. Bron sur l'incrustation des corps étrangers, pense que ce processus peut être très heureux dans quelques cas et qu'il faut quelquefois le rechercher systématiquement. En effet, l'incrustation peut servir à reconnaître la présence du corps étranger. Dans un cas, où l'extrémité d'un conducteur s'était brisée dans la vessie, il a eu recours au procédé qu'il préconise et au bout de trois jours il fut possible de sentir et d'extraire le fragment incrusté.

M. Poncet voudrait que l'on fît une distinction nette entre les corps étrangers chez l'homme et les corps étrangers chez la femme. Il est certain qu'en raison de la différence de longueur de l'urèthre chez l'homme, le mécanisme du cheminement est plus complexe. M. Poncet se rappelle un malade qui avait soi disant un fragment de sonde dans la vessie. M. Poncet n'ayant rien trouvé ni à l'exploration de l'urèthre, ni à l'exploration de la vessie allait se décider à faire une cystostomie lorsque le

Digitized by Google

frère hospitalier apporta un fragment de sonde qu'il avait trouvé dans les vêtements du malade.

M. Poncet ajoute que chez la femme on peut extraire les corps étrangers par l'urèthre sans craindre une incontinence. Chez l'homme, lorsque les procédés de douceur ont échoué, il faut avoir recours à la taille sus-pubienne.

M. Rafin fait remarquer que les corps allongés se mettent en général dans le sens transversal et que l'on a construit un appareil spécial pour les corps qui ont cette situation.

A PROPOS D'UN CAS D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE ;

Par MM. J. Courmont, agrégé à la Faculté de médecine, et Leclerc, médecin des hôpitaux.

B... (Madeleine), 19 ans, journalière, fait un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, salle des Deuxièmes-Femmes, n° 32, du 26 mai 1892 au 2 juin. Aucune affection morbide antérieure n'est à noter. Menstruation à l'âge de 11 ans et régulière. Pas de leucorrhée. La malade avec des apparences un peu chétives se portait assez bien jusqu'à un mois avant son entrée à l'hôpital. A cette époque, début d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu par le pied droit. Toutes les articulations des membres inférieurs ont été atteintes; celles des membres supérieurs respectées. Traitement en ville par l'antipyrine. Au moment où la malade entre à l'Hôtel-Dieu, les fluxions articulaires ont disparu depuis trois jours, mais elle accuse une grande faiblesse. On constate une décoloration marquée des téguments et le sang est pâle. La température est encore à 39°,5 le soir. Il y a une notable quantité d'albumine. Pas de troubles digestifs. Rien aux poumons.

Appareil circulatoire : Pouls régulier (94). Pointe du cœur dans le quatrième espace en dedans du mamelon. Souffle systolique de la pointe, intense et se propageant du côté de l'aisselle. Dédoublement du deuxième bruit. Pas de frémissement à la main.

La malade quitte l'hôpital le 2 juin. Incapable de travailler à cause de sa faiblesse, elle se trouve dans des conditions hygiéniques particulièrement mauvaises et endure même la

Digitized by Google

faim. Les articulations ne se prennent pas à nouveau, mais il survient de la diarrhée, et six jours avant la seconde entrée à l'Hôtel-Dieu se produit un grand frisson. Les jours suivants, frissons répétés parfois plusieurs fois par jour.

A son entrée (29 juin), on constate : facies typhique, langue rôtie, fuliginosités nombreuses. Abdomen non ballonné. Diarrhée. Pas de taches rosées. Rate un peu grosse à la percussion. Rien aux poumons. Albuminurie.

Le cœur est à 120, régulier. La pointe est dans le 4e espace. Pas de frémissement à la main. Souffle systolique de la pointe, rude, peu intense, mais constant. Dédoublement du deuxième bruit, à grand écart, s'entendant très bien à la pointe et constant. Fièvre à grandes oscillations. Pas de purpura.

2 juillet. La diarrhée augmente et il survient des vomissements incoercibles.

3 juillet. A la visite du matin, facies cholériforme, refroidissement des extrémités. Mort à quatre heures de l'après-midi.

Le diagnostic porté fut : Endocardite infectieuse développée dans le cours d'une endocardite rhumatismale probablement par le mécanisme d'une infection secondaire. Rétrécissement mitral certain. Insuffisance mitrale probable.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort : Œdème pulmonaire. Foie, 1,430 gr. Rate, 420 gr. Reins, 155 et 135 gr. Leur substance corticale est pâle et paraît graisseuse. Estomac normal. Muqueuse intestinale congestionnée, mais non ulcérée. On ne voit nulle part des abcès métastatiques ou des infarctus.

Le cœur pèse 220 grammes. Dans l'oreillette gauche on constate la présence d'une énorme végétation de la grosseur d'une figue, insérée sur l'orifice mitral au niveau du bord postérieur, très mobile sur son insertion, de telle sorte qu'elle pouvait s'opposer à la parfaite circulation du sang de l'oreillette dans le ventricule en produisant un rétrécissement par obstruction et à l'occlusion complète de l'orifice. Elle était en voie de désintégration à son centre. Sur les piliers de la mi-

Digitized by Google

trale on voit un grand nombre de petites végétations grosses comme des têtes d'épingle. Rien à l'aorte ni au cœur droit.

(Ces pièces anatomiques ont été présentées par l'un de nous à la Société des sciences médicales dans la séance du 6 juillet 1892.)

Le 3 juillet (9 heures du matin) avec toutes les précautions antiseptiques et aseptiques d'usage (lavage au savon, à l'éther et au sublimé) une goutte de sang est prélevée à l'extrémité du doigt par piqûre. Elle est ensemencée dans un ballon de bouillon.

Ce ballon se trouble rapidement à une température de + 35°. Voici les caractères du microbe qui s'y était développé.

Il s'agit d'un diplocoque dont les articles sont parfaitement arrondis, un peu plus gros que des staphylocoques pyogènes. Çà et là se remarquent quelques éléments isolés, mais presque tous sont réunis deux par deux, en diplocoques. Ils ne forment jamais des streptocoques, même courts ; ils ne s'agrègent jamais en staphylocoques. Ils ne sont pas encapsulés.

Cet aspect en *diplocoques*, qui est identique sur les différents milieux habituellement employés n'est pas très commun. Ce microbe a certainement une physionomie assez spéciale.

Il prend bien les couleurs d'aniline et ne se décolore pas par la méthode de Gram.

Les limites de température varient entre + 13° et + 40°.

Les cultures en *bouillon* se troublent très rapidement avec un reflet jaunâtre très accusé. La culture est très riche au bout de 48 heures ; elle cesse de pousser au bout de 7 ou 8 jours. Il se forme alors un très fort dépôt jaunâtre, sans que le reste du bouillon redevienne parfaitement clair.

Ce dépôt ne se désagrège pas notablement par l'agitation du ballon ; il est composé de masses gélatineuses, visqueuses très épaisses, gluantes, toutes adhérentes entre elles et filant lorsqu'on tente d'en séparer une parcelle. Il y a là encore

Digitized by Google

une particularité qu'il n'est pas fréquent d'observer, aussi accentuée tout au moins. La couleur est jaune sale.

Les cultures sur *agar-agar glycériné* sont abondantes au bout de 24 heures (+ 37°). On constate sur la surface ensemencée une très mince pellicule blanche à bords légèrement festonnés, s'étendant peu en largeur. Si l'ensemencement a été fait par piqûre, il se développe en profondeur une traînée blanche, sans caractères spéciaux.

Sur *gélatine* (+ 16°) ce diplocoque se développe médiocrement et ne *liquéfie pas*. Partout où la semence a été portée on peut constater une traînée blanchâtre, extrêmement mince, à peine visible, mais sur laquelle se détachent quelques points beaucoup plus épais, blancs jaunâtres, véritables petites colonies surajoutées.

Il s'agit en somme d'un *diplocoque* qui ne liquéfie pas la gélatine et n'est pas encapsulé et reste coloré par le Gram. Ce microbe ne correspond à aucune espèce pathogène connue.

Nous n'avons pu lui découvrir de *propriétés pathogènes* pour le *lapin*, seule espèce animale que nous ayons inoculée.

Voici un exemple.

Le 19 juillet, un lapin de 2,450 gr. reçoit dans la veine auriculaire droite 1 c. c. de culture en bouillon du 12 juillet très riche. Son poids et sa température ont suivi les variations suivantes.

	Poids.	Température.
19 juillet...	2,450	»
21 —	2,240	39°,6
22 —	2,180	39°,1
23 —	2,180	39°,9
24 —	2,200	39°,5
25 —	2,200	39°,6
26 —	2,180	39°,4
28 —	2,390	39°,7

Cet animal étant bien portant et ayant à peu près récupéré son poids le 28 juillet est sacrifié.

L'autopsie ne révèle aucune lésion, tous les organes sont sains. L'endocarde est normal. Le sang ensemencé ne donne lieu à aucun développement microbien.

Digitized by Google

CONCLUSION. — Le sang de notre malade contenait le jour de sa mort un diplocoque non classé, qui ne s'est pas montré pathogène pour le lapin.

L'intérêt de cette constatation bactériologique n'est donc pas très grand. Néanmoins, nous avons cru devoir la publier à titre de simple document, pour le cas où un microbe semblable serait retrouvé dans la suite chez d'autres malades atteints d'endocardite infectieuse et où des expérimentateurs plus heureux parviendraient à reproduire avec lui une endocardite expérimentale.

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE.

M. DELORE, interne suppléant, présente des pièces anatomiques provenant d'une malade morte dans le service de M. le docteur Josserand à l'hôpital de la Croix-Rousse. Cette femme présentait l'ensemble symptomatique suivant : Un souffle à la base du cœur se propageant dans tout le poumon droit, un pouls radial plus petit à droite qu'à gauche, et un cornage apparaissant plus spécialement lorsque la malade se penchait en avant.

La malade est morte d'une embolie cérébrale ayant déterminé un ramollissement. A l'autopsie, on a constaté l'existence dans le médiastin de gros ganglions qui comprimaient la branche droite de l'artère pulmonaire et la bronche droite.

M. JOSSERAND dit que cette observation est intéressante à un double titre, au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est important de noter la coexistence de lésions tuberculeuses d'aspect fibreux au sommet du poumon droit, avec des lésions ganglionnaires également fibroïdes et présentant à la coupe des îlots crétacés. Il existait deux groupes ganglionnaires bien distincts, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Le groupe postérieur le plus important comprimait la branche droite de l'artère pulmonaire, la bronche droite et le pneumogastrique.

Au point de vue clinique il est curieux d'observer une adénopathie tuberculeuse chez une malade âgée de 53 ans. Le diagnostic avait été difficile à établir. En présence du cornage broncho-trachéal, de la différence des deux pouls, de la respiration bronchique avec expiration soufflante

Digitized by Google

et d'un souffle systolique à la base du cœur, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un anévrysme ; mais une tumeur anévrysmale aurait donné lieu à une zone de matité rétrosternale, et d'ailleurs la longue durée de la maladie parlait contre cette hypothèse. Il y avait également un signe très curieux à observer, c'était l'existence dans tout le poumon d'un souffle absolument semblable à celui qu'aurait produit une tumeur télangectiasique.

En présence de ces signes le diagnostic porté fut celui de tumeur du médiastin. L'autopsie a confirmé ce diagnostic.

Les deux enseignements qu'il faut retirer de cette observation sont : 1° l'existence possible de l'adénopathie tuberculeuse chez une femme de 53 ans ; et 2° l'existence d'un souffle dans tout le domaine de l'artère pulmonaire lorsque celle-ci est comprimée à son origine.

M. Poncet demande si la malade avait des ganglions cervicaux. Il existe, en effet, deux catégories d'adénopathies tuberculeuses du médiastin, les unes consécutives à des lésions pulmonaires et contre lesquelles naturellement la thérapeutique chirurgicale n'a pas à intervenir, les autres consécutives à des adénites cervicales. Or, dans ce dernier cas, l'intervention hâtive peut empêcher la propagation de l'infection ganglionnaire, il faut extirper de bonne heure les ganglions cervicaux tuberculeux.

M. Josserand dit que la malade n'avait pas d'adénites cervicales.

M. Bard demande comment cette malade est morte.

M. Josserand dit que la malade avait une néphrite et une hypertrophie du cœur gauche, elle a succombé à une embolie. Il ajoute que pendant la vie de la malade il avait pensé à l'existence d'un galop droit qui aurait été produit par l'hypertrophie du cœur droit en arrière du rétrécissement de l'artère pulmonaire ; il avait été d'autant plus conduit à émettre cette hypothèse que le bruit de galop semblait avoir son intensité maximum à l'épigastre. Mais l'autopsie a démontré qu'il s'agissait tout simplement d'une hypertrophie du cœur gauche.

TUMEUR VÉSICALE.

M. Augagneur présente une tumeur vésicale qu'il a enlevée chez un malade âgé de 58 ans, qui était venu lui demander ses soins pour des hématuries datant de 16 ans et survenant sans cause appréciable.

Depuis cinq ou six mois l'état du malade devenait de plus en plus grave ; l'anémie et l'œdème des jambes indiquaient que le malade aurait pu succomber si l'on n'intervenait pas.

Digitized by Google

Le malade ajoutait qu'il avait expulsé, il y a deux mois, de longs filaments qui avaient l'aspect de morceaux de chair; l'examen avait démontré qu'il ne s'agissait pas seulement de caillots, mais bien au contraire de fragments ayant l'apparence d'un tissu.

Le diagnostic de tumeur bénigne fibro-papillaire fut vérifié à l'opération.

En pratiquant une cystostomie sus-pubienne, M. Augagneur tomba sur une tumeur plus volumineuse que le poing, hérissée de longs filaments recouverts d'un dépôt calcaire. L'ablation fut pratiquée au thermo-cautère.

DU SUCRE DANS LE FOIE DES NOUVEAU-NÉS.

MM. Colrat et Fochier font une communication sur la valeur de la présence du sucre dans le foie des nouveau-nés.

On sait d'après les recherches de Cl. Bernard que l'on ne trouve jamais de sucre dans le foie des cadavres apportés dans les amphithéâtres et qui ont succombé à des maladies aiguës ou chroniques ; ce n'est que lorsque la mort a été rapide que l'on peut constater la présence du sucre dans le foie. C'est ainsi que Cl. Bernard en a trouvé chez les décapités ou chez des sujets morts en très peu de temps à la suite de congestion pulmonaire ou d'empoisonnement aigu.

On obtient les mêmes résultats chez les enfants nouveau-nés. C'est ainsi que sur des enfants morts d'athrepsie, de syphilis, de diarrhée, les auteurs n'ont pu constater la présence du sucre, tandis que chez des enfants morts pendant l'accouchement ou peu de temps après ils ont trouvé du glycose et du glycogène. Le foie d'un enfant qui avait subi la céphalothripsie contenait beaucoup de sucre.

Si on applique ces données aux enfants mort-nés, tantôt l'on constate la présence du sucre dans le foie, tantôt celui-ci en est totalement dépourvu, ce qui indiquerait que l'enfant a succombé rapidement dans le sein maternel ou qu'il est mort à la suite d'une affection plus ou moins lente.

Digitized by Google

Enfin, grâce à l'obligeance du professeur Lacassagne, les auteurs ont pu déceler la présence du sucre du foie dans un cas d'infanticide par submersion. Il s'agissait d'un enfant dont la mort remontant à quinze jours ou trois semaines ; le foie était en état de putréfaction avancée et très emphysémateux. Malgré cela, sa décoction donnant un précipité abondant avec la liqueur de Fehling, et de plus, M. Magnin, pharmacien de la Charité, a pu démontrer la présence du sucre à l'aide de la fermentation et de la réaction de la phénylhydrogène.

Il serait donc intéressant de continuer les recherches dans les cas de ce genre, et de voir si l'on pourrait leur appliquer la formule de Cl. Bernard. La présence du sucre dans le foie n'indiquerait qu'une chose, la rapidité de la mort; mais l'absence de glycose pourrait peut-être dans certains cas faire écarter l'idée d'infanticide qui, on le sait, se pratique d'habitude à l'aide de manœuvres entraînant rapidement la mort (asphyxie, strangulation, submersion, etc.)

CANULE EN OS EXTIRPÉE DE LA VESSIE.

M. Repelin, interne des hôpitaux, présente une canule d'injecteur en os extirpé de la vessie par M. le professeur Laroyenne.

Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, qui s'était introduit dans le canal de l'urèthre une canule qui lui avait échappé des doigts et avait pénétré dans la vessie. Quelques jours plus tard survenaient des symptômes de cystite, la malade avait des urines purulentes et souffrait beaucoup en urinant.

Entrée dans le service de M. Laroyenne, à la Charité, le 29 novembre 1892, on l'opère immédiatement, c'est-à-dire quinze jours après son accident. La malade étant anesthésiée, l'urèthre est dilaté avec les bougies de Hegar jusqu'à un diamètre de un centimètre et demi, et la canule est retirée au moyen d'une pince longuette introduite dans l'une des extrémités. Cette canule était déjà complètement recouverte

Digitized by Google

de formations calcaires malgré son court séjour dans la vessie.

La malade est sortie le 11 décembre guérie, après avoir eu une incontinence d'urine d'une durée de huit jours.

MORUE LADRIQUE.

M. GUINARD présente une morue ladrique provenant d'une saisie faite par M. Lebully sur un marché de Saint-Étienne.

En faisant des coupes dans les tissus on trouve de nombreuses vésicules brunâtres, allongées rappelant la couleur et les dimensions d'une graine de lin. En ouvrant ces petites vésicules, on en voit sortir un petit ver blanc, de trois millimètres et demi de longueur sur un millimètre et demi de large. Au microscope on constate que ce ver est pourvu d'un rostre armé de quatre prolongements hérissés de pointes. Il s'agit d'une forme larvaire d'un tétrarhycique, probablement du tetrarhycieus erinaceus qui vit à l'état parfait dans l'intestin d'une raie.

Tous ces parasites vivent à l'état larvaire dans les muscles de poissons osseux et à l'état parfait dans le tube digestif de certains squales.

Il est bien probable qu'il n'y a pas lieu de redouter un danger pour l'homme qui consommerait la viande de morue ladrique, et il n'est par conséquent pas nécessaire de retirer ces viandes de la circulation.

CHORÉE HÉRÉDITAIRE.

M. CHAPUIS, interne des hôpitaux, présente une malade du service de M. Lannois, atteinte de chorée héréditaire.

(Voir la première partie (MÉMOIRES), p. 151.)

M. PONCET demande ce que l'on trouve à l'autopsie de ces malades.

M. LANNOIS dit qu'il n'y a pas eu l'occasion de faire d'autopsie, et que les cas rares publiés jusqu'à présent n'ont pas donné de résultats uniformes.

Digitized by Google

M. Colrat demande quel est le traitement à suivre; il a tenté dernièrement chez un choréique de 10 ans l'injection de Brown-Séquard et a observé une amélioration manifeste.

M. Lannois dit qu'il n'a obtenu aucun résultat par divers traitements, les malades souvent atteints de troubles cérébraux finissent par être internés.

PYONÉPHROSE.

M. Lagoutte, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique provenant d'une malade opérée par M. Poncet.

Il s'agit d'une femme de 57 ans qui est entrée à l'Hôtel-Dieu il y a un mois et demi, dans un service suppléé en ce moment par M. Lannois.

Ses antécédents étaient : quelques accès de fièvre intermittente dans sa jeunesse et quelques coliques hépatiques avec ictère plus récemment.

Elle fut atteinte pendant le mois d'octobre de douleurs lombaires avec des vomissements, de la diarrhée et un peu de fièvre. On pensa à une dothiénentérie et pendant huit à dix jours la malade fut mise aux bains.

Elle éprouva une grande amélioration, la fièvre tomba et on cessa les bains; elle allait sortir de l'hôpital lorsqu'elle fut prise de douleurs vagues dans l'abdomen et d'une nouvelle poussée fébrile. C'est à ce moment que M. Lannois constata dans l'abdomen une grosse tumeur fluctuante qu'il ponctionna. Il s'écoula environ un demi-verre de liquide purulent dans lequel l'analyse décela 0 gr. 50 d'urée. Aussitôt la malade fut évacuée dans un service de chirurgie. M. le professeur Poncet fit le diagnostic d'hydronéphrose. On interrogea de nouveau la malade et elle raconta qu'elle restait quelquefois deux ou trois jours sans uriner, puis qu'elle avait ensuite une miction abondante. Elle déclara n'avoir jamais eu de calculs.

M. Poncet pratiqua la néphrectomie parapéritonéale et put facilement décortiquer le rein; le pédicule fut sectionné après que l'on eut pris la précaution d'y mettre une pince à demeure.

Digitized by Google

Actuellement, la malade va bien, elle a émis le premier jour 300 grammes, le second jour 250 grammes d'urine.

La pièce est un beau spécimen de pyonéphrose.

Le bassinet est dilaté au point que l'on pourrait y verser environ 150 à 200 grammes de liquide, et dans ce bassinet viennent s'ouvrir un grand nombre de poches kystiques qui ont refoulé la substance rénale à leur périphérie. Il existe une paroi d'environ un millimètre d'épaisseur dans laquelle on observe une infiltration adipeuse.

A l'examen bactériologique, il n'y avait pas de microbes dans le pus coloré au violet de gentiane aniliné.

D'ailleurs les cultures sont restées stériles; on n'a pas non plus trouvé de calculs.

L'uretère était complètement oblitéré sur une étendue de 5 à 6 centimètres et transformé au niveau de sa pénétration dans le bassinet, en un véritable cordon fibreux.

A propos du procès verbal, M. L. Dor annonce qu'il a fait des coupes du rein atteint de pyonéphrose, présenté par M. Lagoutte dans la dernière séance. On se souvient que le pus de la cavité ne contenait pas de microorganismes ; or les coupes de la substance du rein ont révélé à M. Dor la présence de nombreux bacilles. Il ne peut toutefois se prononcer sur leur nature.

CHLOROSE, PHLEGMATIA, MORT SUBITE.

M. Audry présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une chlorotique. Cette malade avait eu, il y a un an, une thrombose légère du membre inférieur droit, et quelque temps après une phlegmatia alba dolens. Il y a quinze jours phénomène analogue du côté gauche. Il y a deux jours la malade est morte brusquement en s'asseyant sur son lit.

A l'autopsie, M. Audry a trouvé dans la veine iliaque gauche un caillot adhérent à la paroi, dans les cavités du cœur droit un énorme thrombus pénétrant dans l'artère pulmonaire et ses ramifications, thrombus qui a dû se former dans les quelques minutes qui ont précédé la mort.

Digitized by Google

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : en premier lieu il s'agit d'une thrombose double, ce qui est rare. Secondement la mort par embolie pulmonaire est exceptionnelle chez les chlorotiques : il n'en a été publié qu'un ou deux cas.

M. Audry fait remarquer encore que le cœur gauche est vide de sang et rétracté. Ce fait est en faveur de la théorie de Panum qui explique la mort par l'anémie cérébrale.

M. Audry rapproche ce cas d'un autre analogue qu'il a observé. Il s'agissait d'une femme en couche qui était atteinte d'une thrombose très légère de la veine iliaque droite. Mort subite par embolie. Cœur gauche vide de sang.

M. Poncet demande quel est le pronostic de ces thromboses chez les jeunes accouchées.

M. Fochier. On sait que les pleurésies qui surviennent chez les accouchées sont consécutives à des embolies superficielles ; or elles guérissent généralement bien. Le degré de gravité de ces embolies réside dans le degré d'infection.

M. Fochier connaît un fait d'embolie grave chez une chlorotique. Il y eut infarctus pulmonaire ; la malade guérit cependant après avoir été à deux doigts de sa perte.

M. Mayet demande à M. Audry des renseignements sur le sang de sa malade. Y avait-il des hématoblastes de Hayem ? Que donnait la mensuration des globules ?

M. Audry. L'examen n'a pu être fait.

HERMAPHRODISME APPARENT CHEZ UN BŒUF.

M. Guinard présente des organes génitaux d'un bœuf atteint d'hermaphrodisme apparent par torsion de la verge.

Cette forme d'hermaphrodisme qui est spéciale aux animaux de l'espèce bovine a été signalée quelquefois entre autres par Morat (de Troyes) ; M. Guinard en a déjà publié une observation détaillée.

Le pénis se termine par une pointe qui fait saillie au niveau de la commissure supérieure d'une pseudo vulve, située à une petite distance de l'anus. Le reste de l'organe est entortillé et forme un paquet dans la région de l'ischion.

Digitized by Google

Le canal de l'urèthre aboutit directement à une ouverture située au-dessous de la pointe du pénis. Les testicules étaient arrêtées à l'anneau inguinal. En somme, il s'agit probablement d'une malformation due à l'exagération de l'inflexion en S du pénis des ruminants.

PERFORATION DE L'ESTOMAC.

M. Lathuraz, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique provenant d'un malade qui a succombé dans le service de M. Maurice Pollosson. Ce malade avait eu, il y a deux ans, une pleurésie purulente et subi, en janvier 1891, une résection costale des 5e, 6e et 7e côtes sur une longueur de 5 centimètres. A la longue il se tuberculisa, puis survinrent des phénomènes gastriques : vomissements alimentaires chaque jour, mais pas d'hématémèse, pas de mélœna.

A l'autopsie, poumon gauche ratatiné contre le péricarde, sommet droit ramolli. L'estomac est vide, aplati, il adhère au côlon transverse. Au niveau de la petite courbure, il existe un orifice ovalaire de la dimension d'une pièce de deux francs. Il n'y a pas de collections purulentes dans la cavité abdominale, pas d'ulcération ni de perforations du côlon transverse.

SPÉCULUM DU DOCTEUR LAROYENNE ;

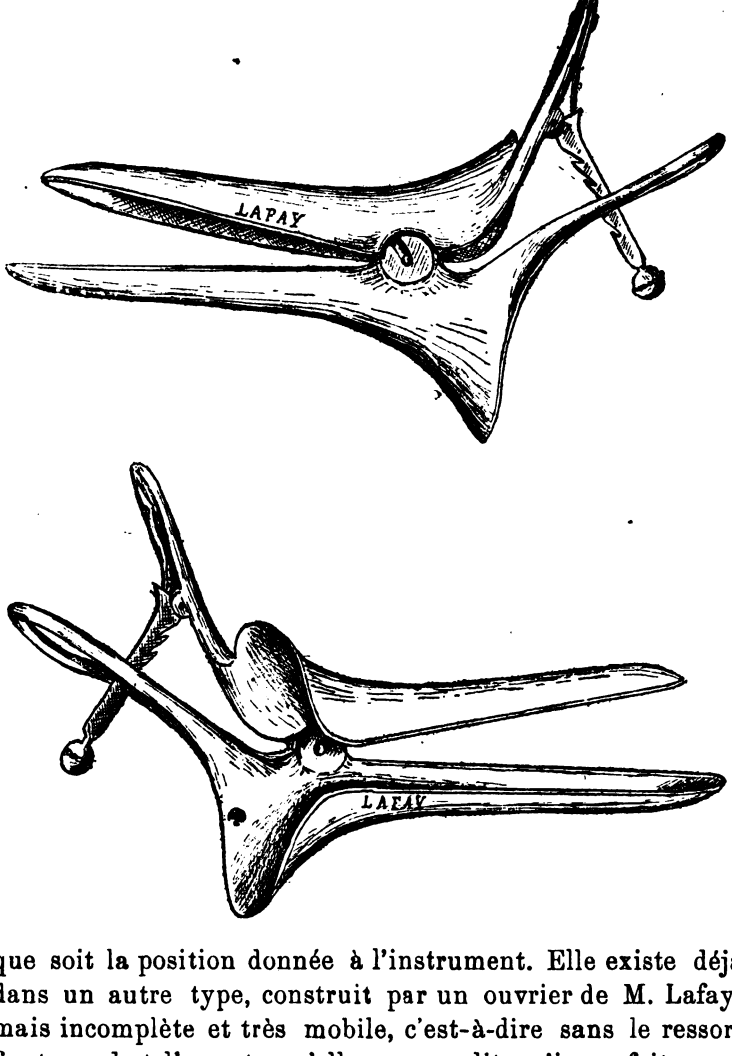
Par M. Repelin, interne des hôpitaux.

M. le professeur Laroyenne a fait construire un spéculum bivalve par MM. Lafay et Souël (de Lyon) ; c'est une modification de celui de Cusco ; ses valves sont plus incurvées et son pavillon évasé pour l'éclairage rappelle celui de Fergusson. Sa valve postérieure est un peu plus longue que l'antérieure, tout en l'étant moins que celle du Bouveret auquel a été emprunté le principe de l'ouverture latérale.

Le mécanisme pour ouvrir et maintenir ouvert le spéculum est constitué par une crémaillère à ressort. Cette crémaillère joue par le simple rapprochement des deux bran-

Digitized by Google

ches situées en haut et à gauche, qui s'effectue d'une seule main. Elle permet la graduation de l'écartement des deux valves et la fixité de cet écartement à chaque cran, quelle



que soit la position donnée à l'instrument. Elle existe déjà dans un autre type, construit par un ouvrier de M. Lafay, mais incomplète et très mobile, c'est-à-dire sans le ressort fixateur, de telle sorte qu'elle ne remplit qu'imparfaitement le rôle qui lui est assigné.

Digitized by Google

L'articulation fort ingénieuse des deux valves est empruntée au spéculum précédent : elle permet de le démonter à volonté ; seulement, dans le spéculum du docteur Laroyenne, la coulisse dans laquelle glisse le pivot, au lieu de présenter une direction verticale, en présente une oblique en haut et en arrière. Cette obliquité s'oppose à la désarticulation involontaire de l'appareil, maintenu par la crémaillère, tout en permettant l'enlèvement facile, s'il est nécessaire, de l'une ou l'autre des valves, le spéculum étant en place.

Ainsi, les avantages de cet instrument consistent dans un éclairage meilleur que celui des divers spéculums bivalves, avantages qu'il tient de la forme de son pavillon et de l'incurvation de ses valves.

Ses branches, dirigées en haut et sur le côté, gênent moins que dans toute autre situation.

L'écartement des valves est gradué d'une seule main par la crémaillère à ressort.

Il se désarticule facilement, même étant en position, et il permet de retirer une quelconque des deux valves, l'instrument remplissant au besoin l'office d'un spéculum univalve. Cette facilité tient à ce que l'articulation n'est pas serrée et pourtant bien fixe par la simple modification que nous y avons apportée.

RECHERCHE DU CHAMPIGNON DU MUGUET DANS L'AIR DES SALLES DE MALADES.

M. G. Roux, en son nom et au nom de M. Vallat, fait une communication sur une technique permettant de déceler le champignon du muguet dans l'air des salles de malades.

Les auteurs annoncent que sur sept prises d'air opérées dans trois salles différentes ils ont trouvé quatre fois le muguet.

Voici comment ils ont procédé :

1° Ils ont fait leurs premières expériences avec l'appareil de Straus et Wurtz et ont noté deux résultats positifs.

Digitized by Google

2° Une fois ils ont employé l'appareil de Hesse et ont eu un succès.

Mais par aucune de ces méthodes ils n'ont pu obtenir des cultures pures d'emblée. C'est alors que M. Roux a eu l'idée de recourir à un milieu de culture tout spécialement propre à la végétation du muguet, or la carotte cuite et les tranches de citron sont des milieux de ce genre et ont été employés par Lebrun. (*Le muguet primitif du pharynx chez les typhiques*, thèse de Paris, 1883.) M. Roux a simplifié un peu l'appareil de Lebrun. Deux entonnoirs sont accolés base à base et lutés à la paraffine après que l'on a pris soin de les désinfecter et de placer à l'intérieur une toile métallique flambée sur laquelle sont étendues des tranches de carotte et de citron.

L'extrémité d'un entonnoir est mise en communication avec un aspirateur quelconque et l'air entre par l'autre entonnoir. Les germes sont ainsi déposés sur les milieux nutritifs ; l'appareil est ensuite mis à l'étuve et dès le troisième ou quatrième jour on voit apparaître des cultures absolument pures.

Fait intéressant les colonies qui se développent sur le citron ont élu leur domicile sur les portions de pulpe qui entourent chacune des graines, elles apparaissent là comme de petites perles blanches dont l'ensemble constitue une couronne qui entoure la graine.

M. Roux essaie en ce moment des cultures sur le tourraillon acide préconisé par Achalme. Il a déjà obtenu dans un cas une culture pure d'emblée dans ce milieu nutritif.

La nouvelle méthode de M. Roux peut rendre de grands services en clinique, car il existe des stomatites à fausses membranes dues à un saccharouger, et qui ressemblent beaucoup au muguet. La sélection qui s'opère par la technique de M. Roux permettra de faire rapidement un diagnostic précis dans ces cas où souvent l'examen microscopique est insuffisant.

Digitized by Google

THYROÏDECTOMIE.

M. Coignet, interne des hôpitaux, présente une petite fille de 11 ans, du service de M. Vincent. Elle était atteinte d'un goître parenchymateux à développement rapide. M. Vincent a fait l'énucléation intraglandulaire. Le résultat est très satisfaisant.

M. Fochier. Au point de vue de l'avenir de l'enfant, il est important de connaître la quantité de corps thyroïde qui a été enlevée.

M. Coignet évalue cette quantité au volume d'un petite orange.

M. Poncet estime que l'enfant a gardé les trois quarts de son corps thyroïde. Il n'y a donc pas d'inquiétude à avoir sur son avenir. Le véritable intérêt de cette observation réside dans le jeune âge de la malade. Le goître n'apparaît pas si tôt d'habitude. Il faut remarquer aussi que cette enfant est originaire de Limas (Rhône); or le goître est rare dans notre département.

NOTE SUR UN CAS D'OBSTRUCTION ARTÉRIELLE AU COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ UN ENFANT;

Par M. J. Sallès, interne des hôpitaux.

L'obstruction artérielle dans la fièvre typhoïde est une complication tout à fait exceptionnelle chez l'enfant. Il y a donc le plus grand intérêt à relater l'observation suivante, remarquable aussi par ce fait que l'accident est survenu au cours de l'affection fébrile et non pas à son déclin.

Il s'agit d'un jeune garçon de 11 ans, entré à la Charité, salle Sainte-Aline, dans le service de M. le docteur Colrat, le 29 juillet 1892.

Il arrivait au 18e jour d'une affection qui s'était installée progressivement, et s'était manifestée surtout par des frissons, du malaise général et de l'abattement, de la céphalée, de l'inappétence et des coliques sans diarrhée.

A l'entrée, l'enfant présente à peu près au complet les signes d'une fièvre typhoïde confirmée, y compris les taches rosées.

On ne trouve rien d'anormal à l'examen du cœur. Le pouls

Digitized by Google

est fort et régulier. On n'entend à l'auscultation des poumons que quelques râles de bronchite très disséminés. Les urines ne sont pas albumineuses. La température rectale est de 39°,8. L'enfant est mis au bain froid.

Le traitement est à peine commencé, que l'enfant se plaint, ce qu'il n'avait pas fait encore, d'une douleur siégeant à la partie supéro-interne de la cuisse droite. Cette douleur arrive bientôt à un degré d'acuité tel que la sœur croit devoir suspendre la médication. L'enfant n'avait pris que trois bains.

Le matin, quand on revoit le malade, cette douleur persiste. Existait-elle au moment de l'entrée ? L'enfant, interrogé à ce sujet, répond que non. Quoi qu'il en soit, elle avait passé inaperçue.

Le membre atteint ne présente rien de spécial à la vue. La coloration de la peau est normale. Il n'y a ni œdème, ni déformation apparente, ni adénite inguinale.

L'enfant le tient étendu et soigneusement immobile. Dès qu'il essaie de le remuer, il pousse des cris et accuse une vive souffrance à la partie supérieure du triangle de Scarpa.

Au repos, il n'y a que des picotements et de l'engourdissement au niveau des orteils dont la sensibilité au contact et à la douleur est très diminuée. La température est sensiblement inférieure à celle du membre correspondant.

La pression de l'artère fémorale, au niveau de l'arcade, est insupportable.

Malgré des recherches attentives et répétées, on n'arrive pas à saisir la moindre pulsation dans la fémorale, la poplitée, la tibiale postérieure et la pédieuse.

En comprimant fortement l'abdomen, on ne perçoit pas de battements dans l'artère iliaque droite, alors qu'on sent nettement ceux de l'iliaque gauche.

La fémorale, dans ses parties accessibles, ne donne pas la sensation d'un cordon dur. Celle-ci ne se trouve pas non plus dans les autres points du membre.

La température centrale se maintient élevée.

On supprime la balnéation qu'on remplace par des lavements froids et du sulfate de quinine.

Digitized by Google

Le membre est enveloppé dans du coton.

Les jours suivants, le membre devient de plus en plus froid; il prend une teinte cyanique, et des marbrures violacées, ecchymotiques apparaissent sur la face dorsale du pied. La douleur persiste vive et les battements artériels sont tout à fait supprimés. Le membre est uniformément gonflé, mais ne présente pas d'œdème.

La gangrène qui semblait inévitable ne se produit cependant pas. Elle reste imminente pendant plusieurs jours, mais les phénomènes s'amendent, quoique très lentement, et les taches livides sont longues à disparaître.

Peu à peu la chaleur revient, les douleurs se calment, et vers la fin du mois d'août toute menace de sphacèle a disparu. Les artères restent silencieuses. Pendant ce temps là, la température évoluait normalement; elle s'abaissait suivant une courbe régulièrement descendante.

Le 12 août, le malade absolument apyrétique commence à s'alimenter.

Pendant tout le mois de septembre, la guérison s'affirme, les symptômes disparaissent peu à peu, alors que l'obstruction reste totale.

Enfin, le 28 septembre, on perçoit un très léger soulèvement dans la fémorale seule. A ce moment l'enfant se lève et marche presque sans boiter. Toutefois, il se fatigue vite, et quand il prolonge la station debout son pied droit s'engourdit et devient cyanique.

Le 30 septembre, deux mois juste après le début de la complication, les battements de la fémorale sont manifestes; ils sont réguliers, trop faibles encore pour qu'on puisse obtenir un tracé sphygmographique. Pour la première fois, on perçoit un souffle à l'auscultation du vaisseau. On ne sent rien encore dans les autres artères.

La circulation est donc rétablie dans le vaisseau principal dont l'obstacle s'est canalisé.

Le 1er octobre l'enfant quitte l'hôpital.

A quoi fallait-il attribuer cette oblitération ? A une embolie ?

Digitized by Google

C'était, en effet, la première idée qui se présentait à l'esprit, étant données la brusquerie du début et l'intensité des douleurs. De plus, l'existence de l'embolie dans la fièvre typhoïde est appuyée sur des faits irrécusables.

C'est Hayem qui, en 1875 (*Progrès médical*), soutint le premier, avec preuve à l'appui, la théorie de l'embolie comme cause d'obstruction artérielle dans la fièvre typhoïde.

Après lui, Valette, Mercier, Lereboullet, Guyot, Galliard (*Archives générales de médecine*, 1885), Ollivier (*Bulletin médical*, 1888) ont rapporté des faits de ce geure avec autopsie.

Drewit (1890) a vu un cas analogue chez une petite fille de 12 ans.

Mais l'embolie n'est admissible qu'autant que le cœur ou un point quelconque du système artériel est altéré.

Dans notre cas, il est impossible de s'arrêter à cette idée. Nous l'avons dit, en effet, le cœur était sain, et l'examen pratiqué à diverses reprises par M. Colrat n'a jamais rien révélé de suspect. Il en était de même des vaisseaux, en dehors du système artériel du membre inférieur droit.

Restait l'hypothèse d'une thrombose.

Or, la thrombose artérielle comme la thrombose veineuse est susceptible de deux interprétations.

Est-elle le résultat d'une coagulation spontanée du sang, ou bien naît-elle consécutivement à une inflammation de l'endartère, à une artérite?

La théorie de la thrombose marastique de Virchow, ou des coagulations par inopexie de Vogel soutenue par eux pour expliquer la phlegmatia alba dolens a été appliquée par Adrien Fabre et par Benni à la thrombose artérielle.

Virchow cite un cas d'oblitération artérielle chez un tuberculeux sans lésion de la paroi du vaisseau. Charcot en a vu plusieurs chez des cancéreux.

On leur a objecté que leurs malades, sauf dans un cas, étaient athéromateux et que peut-être leurs faits peuvent s'expliquer par le mécanisme de l'embolie.

Aussi Barié, Lancereaux, Berthoud (th. Paris, 1883), David

Digitized by Google

(thèse Paris, 1883) rejettent absolument l'idée de la coagulation primitive du sang dans les artères. De fait, on ne connaît pas d'observation probante de thrombose artérielle chez un typhique dans les conditions de celles rapportées par Virchow et Charcot dans la tuberculose et le cancer.

On sait d'ailleurs que le sang est relativement peu altéré dans la fièvre typhoïde.

Cette affection est une des maladies générales le moins déglobulisantes. Hayem dit que presque jamais les éléments principaux de ce liquide : hématies, leucocytes, hématoblastes, ne sont altérés, qu'ils sont simplement diminués de nombre.

Dans notre cas, l'examen microscopique du sang a été pratiqué par M. Colrat qui n'a trouvé ni altération des hématies, ni leucocytose.

Les auteurs qui ne trouvaient suffisantes, pour expliquer l'oblitération artérielle, ni la thrombose marastique de Virchow qui met tout sur le compte du ralentissement de la circulation, ni les altérations du sang, ont émis l'idée que la coagulation est toujours due à une altération de la paroi artérielle voisine.

Déjà Taupin (1839) avait signalé cette cause d'oblitération.

Patry de Saint-Maure (1863), Bourdeau (1874) rééditent l'hypothèse de Taupin.

Potain (Soc. méd. hôp., 1878) reprend la question. Il l'étudie minutieusement. Il montre que l'artérite d'abord pariétale peut devenir oblitérante et amener la gangrène sèche.

Puis Burlureaux 1878), Vulpian (*Revue méd.*, 1883), publient des cas analogues à ceux de Potain.

En 1884, Barié (*Revue méd.*) fait paraître un mémoire d'ensemble sur la question.

Landouzy et Siredey (*Revue méd.*, 1885), Deschamps (th. Paris, 1886) publient des cas analogues suivis d'autopsie. Ils décrivent les lésions de l'endartérite. Potain (*Bulletin méd.*, 1890) étudie à nouveau la question.

La même année, l'Italien Rattone publie une série de huit cas avec autopsie. Il note à nouveau les lésions d'artérite

Digitized by Google

déjà signalées par ses devanciers. (Voir Revue Hayem, 1890.)

L'artérite existe donc dans la fièvre typhoïde. Reste à prouver qu'elle est primitive.

L'étude des microbes a apporté un nouvel élément à la question. C'est eux que beaucoup d'auteurs modernes rendent responsables de tout.

Mais les documents sont rares encore, au moins en ce qui concerne la fièvre typhoïde.

Dans deux des huit cas cités par Rattone, cas où la mort était survenue peu de temps après le début de l'infection typhique, cet auteur a trouvé le bacille d'Eberth dans les parois enflammées. Il aurait même obtenu des cultures pures de ce bacille recueilli au niveau des plaques d'endartérite. Si, comme le croit Rattone, c'est bien le microbe qui a commencé, il s'agit là d'une artérite produite par le bacille de l'infection primitive.

Dans la thèse de Vaquez sur la thrombose cachectique (Paris, 1890), thèse, il est vrai, où l'auteur ne s'occupe que de la thrombose veineuse, cet auteur conclut à la théorie de la phlébite.

Pour lui, les phlegmatia des maladies infectieuses doivent être regardées comme des phlébites dues le plus souvent à des infections secondaires.

Il cite des cas où, ayant examiné le caillot, il a trouvé des microbes, ceux-ci ayant presque toujours été des streptocoques.

Vaquez rappelle à ce propos que Widal a également trouvé des streptocoques dans le caillot des phlébites puerpérales. Il étend même sa théorie à la thrombose artérielle et cite à la fin de sa thèse un cas de thrombose de l'artère sous-clavière qu'il a observé chez un tuberculeux.

Vaquez, qui l'avait déjà communiqué à la Société anatomique (1889), ayant examiné le caillot, y trouva des streptocoques dont la porte d'entrée avait été vraisemblablement une caverne pulmonaire; il n'y avait pas de bacilles de Koch. Au voisinage du caillot, il y avait de l'endartérite.

Digitized by Google

Vaquez conclut qu'il s'agissait d'une artérite microbienne due à une infection secondaire.

Tel est, rapidement esquissé, l'état actuel de la question.

Il en ressort que si la cause de l'artérite primitive a fait un grand pas et semble vouloir prendre le haut du pavé, on ne peut cependant pas encore rejeter d'une façon absolue la théorie de la coagulation spontanée.

Bien des auteurs se demandent en effet si les toxines microbiennes ne jouent pas un rôle dans la coagulation et si, tout en admettant l'influence des lésions vasculaires, la formation du thrombus n'est pas favorisée par les altérations préalables de la crase sanguine.

En résumé donc, dans un cas analogue à celui que je rapporte plus haut, on ne peut affirmer catégoriquement qu'une seule chose, c'est qu'il s'agit d'une thrombose et non d'une embolie.

Il est impossible, dans l'état actel de nos connaissances, de conclure sans appel à l'existence d'une artérite primitive.

Mais, cliniquement, on peut rapprocher cette observation des faits publiés par Potain et Barié sous la rubrique : *artérite oblitérante dans la fièvre typhoïde.*

M. Poncet dit qu'il vient de voir un malade, entré dans le service de M. Pollosson, et qui est atteint d'une gangrène survenue au cours d'une fièvre typhoïde. M. Poncet rappelle que Valette a publié en 1876 une observation de gangrène de la jambe développée dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, et qui nécessita l'amputation de la cuisse.

M. Poncet a été frappé de voir que la plupart des cas de gangrène survenus dans le cours des maladies infectieuses atteignent le membre inférieur. Il a observé dans le cours d'une pneumonie une gangrène humide, à la suite de l'influenza des gangrènes à forme bâtarde. Récemment encore une gangrène à la suite d'une angine; dans ce dernier cas l'artère crurale était entièrement oblitérée. Dans toutes ces observations l'état du cœur n'avait rien révélé. M. Poncet pense qu'il s'agissait bien de thromboses et non pas d'embolies.

Lorsque la gangrène prend une forme humide et menace la vie du malade, il faut pratiquer l'amputation qui donne de bons résultats.

M. Colrat dit que dans ces cas de gangrène après la fièvre typhoïde, notamment dans les cas rapportés par Deschamps dans sa thèse, la gangrène était sèche et la guérison s'est faite spontanément sans interven-

Digitized by Google

tion. Dans l'observation de M. Sallès c'est l'iliaque externe qui a été oblitérée et néanmoins le malade est guéri.

SUR LA STÉRILISATION DU LAIT POUR L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

M. Rodet présente un appareil destiné à stériliser, dans le ménage, le lait destiné à l'allaitement artificiel. Il donne des détails sur les impuretés du lait : ce sont d'abord des souillures grossières (poussières d'étable, débris de foin, parcelles d'excréments de vache, etc.), et d'autre part, des microbes qui, dans le meilleur lait, se trouvent en nombre prodigieux (par centimètre cube, plusieurs dizaines de mille germes presque immédiatement après la traite; au bout de peu d'heures, des centaines de mille, et fréquemment des millions, même dans les temps froids). M. Rodet a analysé un des meilleurs laits de Lyon presque immédiatement après la livraison à domicile; il y a trouvé, par centimètre cube, 424,000 germes cultivables sur gélatine.

Pour mettre à l'abri des dangers que font courir à l'enfant, soit les microbes présents dans le lait au moment de l'ingestion, soit les altérations chimiques qu'ils y provoquent, il ne faut compter ni sur l'addition au lait de substances alcalines, ni sur les antiseptiques : il faut nécessairement avoir recours à la chaleur.

Les hôtes pathogènes proprement dits du lait sont très sensibles à la chaleur; il en est de même des ferments du sucre ou agents de la fermentation acide. Mais le lait renferme des microbes très résistants à la chaleur, diverses espèces de bacilles, ferments de la caséine, qui coagulent le lait sans l'acidifier (au moyen d'un ferment-lab qu'ils sécrètent), et peptonisent la caséine qu'ils ont d'abord précipitée. Ce sont eux qui rendent le lait difficilement stérilisable.

Il y a trois méthodes générales d'application de la chaleur à la stérilisation du lait. L'une demande à la chaleur le maximum de son action stérilisante : avec des températures qui varient de 110° à 120°, et une durée appropriée, on

Digitized by Google

obtient une stérilisation complète; le lait peut alors se conserver indéfiniment à l'abri des fermentations. Le point difficile dans cette méthode est de ne pas communiquer au lait une couleur déplaisante et un goût désagréable, et surtout d'éviter le goût de graisse ou de rance que le séjour prolongé dans les flacons, si la température n'est pas très basse, suffit à lui donner. En tout cas, vu l'instrumentation qu'elle exige, ce ne peut être là qu'une préparation industrielle.

La deuxième méthode emploie le chauffage pour ainsi dire au minimum, c'est la pasteurisation; on porte le lait à la température de 75° à 80° pendant quelques minutes et, brusquement, on le refroidit, pour l'amener aussi vite que possible à la température de 10° à 12°. Cette méthode n'altère en rien les qualités physiques et organoleptiques du lait; elle tue les germes pathogènes ordinaires et les microbes de la fermentation acide, mais elle respecte absolument les ferments de la caséine. Le lait ainsi traité ne se prête donc pas à une longue conservation; mais il reste bon et inoffensif pendant au moins vingt-quatre heures, pourvu qu'il soit tenu dans des récipients très propres et à des températures pas trop élevées. Mais comme il faut encore là un outillage compliqué et des soins habiles, cette méthode n'est pas applicable couramment dans les ménages.

La troisième méthode, c'est le chauffage, plus ou moins prolongé, à 100°. Cette température réduit dans une proportion considérable le nombre des germes vivants du lait; elle assure une conservation bien meilleure que la pasteurisation; et même elle peut suffire à réaliser une stérilisation à peu près complète, c'est-à-dire à donner un lait qui se conserve plusieurs semaines, même à l'étuve, si elle est appliquée dans certaines conditions. La première de ces conditions est de prolonger le chauffage.

L'ébullition du lait est le moyen le plus simple d'appliquer cette méthode; l'appareil de Sothmann et ceux qui en dérivent permettent d'y soumettre d'une manière soutenue (vingt ou trente minutes ou davantage) une provision de lait, en

Digitized by Google

réduisant au minimum les altérations physiques et chimiques qui résultent nécessairement de l'ébullition prolongée.

Il est préférable d'éviter l'ébullition ou de la réduire à un degré très minime en chauffant le lait dans des appareils fermés. On peut avoir recours à l'appareil d'Escherich, récipient hermétiquement fermé qui contient une certaine provision de lait (pour un jour ou quelques jours); le lait stérilisé est tiré par un robinet au fur et à mesure des besoins, et l'air appelé par l'écoulement n'y entre qu'en se filtrant à travers du coton. Mais la meilleure méthode de ménage consiste à chauffer le lait dans des flacons dont chacun est destiné à un seul repas de l'enfant (méthode de Soxhlet). La difficulté est ici de trouver un mode de fermeture des flacons qui permette à l'air chaud et à la vapeur d'en sortir pendant le chauffage sans effraction, qui mette le lait, après la stérilisation, à l'abri des germes extérieurs, et de plus qui se prête à une manipulation journalière ne demandant ni trop de temps ni habileté. M. Rodet expose rapidement les solutions variées qui ont été jusqu'à ce jour données à ce petit problème. A défaut d'instruments spéciaux, on emploiera le bouchage au coton (conseillé par Eisenberg, Escherich et Vinay) qui évidemment donne de bons résultats, mais demande pour être appliqué assez de temps et de soin.

Le flacon que propose M. Rodet est bouché avec un chapeau en verre rodé à l'émeri, analogue à celui des lampes à alcool. Pendant le chauffage, ce chapeau, en se soulevant d'une manière intermittente, établit une communication entre l'intérieur des flacons et le milieu qui les entoure. Pendant le refroidissement, une couche d'eau de condensation se forme entre le chapeau et le col (la forme de celui-ci étant telle qu'une assez grande quantité d'eau peut s'y accumuler sans se mettre en contact avec le lait), et cette eau sert de filtre pour l'air qui rentre par bulles dans les flacons. Après avoir réalisé ce modèle de flacon, M. Rodet a eu connaissance d'un type connu en Allemagne sous le nom de flacon de Schmidt-Mülheim, qui est fermé d'une manière analogue, sauf que le col du flacon et le chapeau portent des rainures

Digitized by Google

qui se correspondent et sont destinées à laisser échapper l'air et les vapeurs. Or, la fermeture à l'émeri sans rainures suffit parfaitement, et elle est préférable, car plus est intime et régulier le contact entre le col et le chapeau, plus vite l'eau de condensation, au moment du refroidissement, fait l'obturation et se trouve prête à filtrer l'air.

Pour le chauffage des flacons, il faut une marmite bien fermée au moyen de laquelle ils puissent baigner, soit dans de l'eau bouillante, soit, ce qui vaut mieux, dans une atmosphère de vapeur : la stérilisation est d'autant meilleure que cette atmosphère de vapeur est mieux purgée d'air. M. Rodet montre une marmite spécialement disposée dans ce but; il y a adapté un appareil qui compte le temps à partir du moment où l'atmosphère qui entoure les flacons est à 100°.

Le chauffage du lait à 100°, dans des récipients clos, altère bien moins les qualités chimiques et physiques du lait que l'ébullition ; il y a beaucoup moins de condensation de la crême ; la couleur n'est pas changée si le chauffage n'est pas trop prolongé ; le lait prend un goût un peu particulier, aromatique, nullement désagréable. Le degré de stérilisation est suffisant : M. Rodet montre des tubes de gélatine ensemencés avec du lait ainsi traité et qui sont restés stériles ; certains flacons, conservés à l'étuve à 36° depuis *six* semaines, n'ont pas subi de fermentation.

TUMEUR ÉPITHÉLIALE DU TYPE SÉBACÉ.

M. Lagoutte, interne des hôpitaux, présente une tumeur enlevée par M. le professeur Poncet. Voici résumée l'observation de la malade :

Femme de 57 ans, affectée depuis plusieurs années de kystes sébacés du cuir chevelu. Quelques-uns d'entre eux se sont ouverts et ont laissé des cicatrices visibles. Un autre semble avoir évolué dans un autre sens. En effet, lorsque la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, elle portait à la partie postérieure de la tête, flanquée comme une sorte de chignon,

Digitized by Google

une énorme tumeur d'aspect épithéliomateux. L'ablation a été faite par M. le professeur Poncet; elle n'a présenté d'autres particularités qu'une hémorrhagie assez abondante. La tumeur tenait fort peu aux parties profondes; les os du crâne n'était nullement intéressés, il y avait seulement un peu d'adhérence avec le périoste. Aujourd'hui la malade va bien.

M. L. Dor a fait l'examen histologique de la tumeur et cet examen lui a montré combien il est nécessaire de revenir sur la nomenclature des tumeurs en général; on ne sait vraiment à quelle variété rattacher celle-ci; la seule dénomination rationnelle serait celle de tumeur épithéliale du type sébacé.

M. Bard appuie l'assertion de M. Dor. Tous les éléments des tissus sont susceptibles d'évoluer dans le sens bénin ou dans le sens malin. Ainsi dans la peau on peut avoir des tumeurs du type corné, du type sudoripare ou du type sébacé. Celles du type sébacé sont les plus rares. La tumeur présentée par M. Lagoutte est un bel exemple de ce dernier type. La tumeur sébacée peut prendre une forme maligne due plutôt à son développement local qu'à son envahissement par continuité.

M. Poncet est heureux de constater que la clinique confirme pleinement les vues de M. Bard. Il ajoute que c'est la première fois qu'il voit une tumeur sébacée aussi volumineuse. Mais il a souvenir de quatre cas du même type; dans deux de ces cas il y avait de végétations extérieures et on avait fait le diagnostic d'épithélioma développé sur des kystes sébacés. Dans d'autres cas la tumeur était en quelque sorte intra-sébacée ou intra-capsulaire. A l'incision on s'attendait à trouver de la matière sébacée et l'on tomba au contraire sur une masse charnue.

Dans les cas où la peau avait cédé et où la tumeur avait gagné les tissus avoisinants, M. Poncet a observé une récidive plusieurs années après, mais pas d'envahissement ganglionnaire.

Tout en considérant ces tumeurs comme malignes, il faut cependant les séparer des autres variétés d'épithéliomas et leur accorder une bénignité relative.

M. Mayet fait observer que ces tumeurs ont souvent reçu la dénomination de molluscum; elles sont ordinairement multiples. M. Mayet a observé un cas grave récidivant.

M. Bard. L'épithélioma sébacé a de la tendance à se généraliser aux autres glandes sébacées. Les cellules sont comme des semences qui, jetées dans un terrain favorable, se développent en donnant naissance à des plantes semblables à celles d'où elles viennent; de même, la cellule vivante ne se développe pas d'une façon indifférente. Les tumeurs séba-

Digitized by Google

cées ont besoin d'un terrain favorable pour se développer; cependant on peut voir, par exception, des épithéliomas sébacés débuter sans qu'il y ait eu kyste sébacé.

M. Bard demande à M. Poncet s'il n'a pas souvenir d'un malade à tumeurs multiples dont l'observation a été publiée sous le nom de cylindrome, alors qu'il s'agissait de tumeurs épithéliales sébacées.

M. Poncet répond affirmativement. Il s'agit d'un scieur de long, originaire de la Haute-Loire, qui présentait sur la tête une grande quantité de tumeurs bosselées rappelant la forme et l'aspect de pommes de terre. Ce malade est entré à plusieurs reprises dans le service de M. Poncet, et chaque fois M. Poncet lui a enlevé une de ces tumeurs. A la coupe, celles-ci étaient très dures; la section rappelait l'aspect de la pomme de terre et non pas celle du gâteau de riz comme la tumeur actuelle. Le malade a écrit il y a quelque temps à M. Poncet que les tumeurs enlevées n'avaient pas repoussé et qu'il attendait que les autres fussent plus gênantes pour se les faire extirper. Ce n'est pas seulement à la tête que ce malade présente ces tumeurs, il en a également dans le dos, et tout cela a débuté il y a 25 ans. On voit donc qu'ici la malignité est relative. Il y a une sorte de malignité locale qu'il faut distinguer en clinique de la malignité générale.

Quant aux tumeurs auxquelles M. Mayet faisait allusion tout à l'heure, il s'agissait peut-être de sarcomes de la peau.

M. Mayet répond qu'elles siégeaient sûrement dans les glandes sébacées. Il croit que la structure anatomique n'a pas grand'chose à voir dans la malignité; aussi des tumeurs épithéliales sébacées peuvent être très malignes chez quelques individus.

M. Bard. Tous les tissus peuvent donner naissance à des tumeurs malignes. Il faut d'ailleurs s'entendre sur ce qu'on entend par malignité. En clinique c'est la gravité, résultant des phénomènes de compression, des vaisseaux, des nerfs, des organes. Quant à la malignité anatomique, elle est caractérisée par la répétition de la tumeur, la tendance à l'accroissement rapide ayant comme conséquence la généralisation et la cachexie. La généralisation dépend de la vitalité des cellules et du milieu où elle se développe.

En somme, M. Bard croit qu'il faut attribuer la malignité au génie même de la tumeur, les cartilages, les tendons peuvent eux-mêmes donner naissance à des tumeurs malignes.

M. Poncet. En clinique, on entend par tumeurs malignes celles qui se reproduisent à distance. Aussi les tumeurs qui font l'objet de la discussion ne sont-elles pour moi que de faux cancroïdes.

Digitized by Google

FŒTUS HYDROCÉPHALE.

M. Villard, interne des hôpitaux, présente un fœtus hydrocéphale provenant du service de M. Vinay à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

La mère, âgée de 34 ans, a eu, il y a huit ans, une grossesse et un accouchement normal. Elle n'est ni alcoolique ni syphilitique.

Le 18 décembre, elle entre à la Maternité avec des douleurs peu accusées ; le col n'est pas dilaté. Au toucher, on ne perçoit aucune partie fœtale.

A l'auscultation, on constate que les bruits du cœur s'entendent très haut, sur la ligne médiane, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Le surlendemain, col à deux francs; au toucher, tumeur mollasse qui donne à penser à M. Villard qu'il s'agit d'une présentation du siège. Le soir la dilatation était complète.

M. Villard fit une première application de forceps au détroit supérieur et fut frappé de l'écartement considérable des branches de l'instrument. Le fœtus descendit un peu, puis le forceps dérapa. Deux autres applications furent suivies du même résultat.

Au toucher pratiqué à ce moment, on reconnut une présentation céphalique et des pariétaux très mobiles. Le diagnostic d'hydrocéphalie s'imposait. M. Vinay appelé fit une ponction qui donna issue à 600 grammes environ d'un liquide brun rougeâtre. Après la ponctien le forceps fut appliqué, mais dérapa encore. M. Vinay fit alors la version et put ainsi extraire le fœtus.

M. Lépine demande pourquoi le liquide au lieu d'être citrin présentait cette coloration rougeâtre.

M. Villard pense que les applications réitérées du forceps ont déterminé des ruptures vasculaires et partant la coloration du liquide.

Digitized by Google

CURE RADICALE DE HERNIE.

M. Petouraud, interne des hôpitaux, présente un enfant de 12 ans, atteint depuis l'âge de sept ans d'une hernie inguinale gauche. Celle-ci, facilement réductible, n'avait jamais amené de symptômes d'étranglement. Sur les instances des parents, M. Vincent résolut de tenter la cure radicale decette hernie.

Après incision de la peau et dissection du sac, on tomba sur une masse épiploïque herniée; il n'y avait pas d'anse intestinale.

M. Vincent suivit le procédé de Lucas-Championnière, c'est-à-dire suture au catgut en chaînette de la masse épiploïque, réséqua cette masse épiploïque, puis fit la suture en points séparés du collet du sac. Ces deux plans de suture réintégrés dans l'abdomen, il fit la suture des deux piliers de l'orifice externe, les faisant chevaucher légèrement l'un sur l'autre. Enfin, sutures cutanées au fil métallique.

Actuellement, l'enfant est guéri et le résultat obtenu est des plus satisfaisants.

PRÉPARATION DE LA LIQUEUR TESTICULAIRE.

M. Jacquet présente des liquides extractifs préparés par le procédé d'Arsonval.

Il met sous les yeux de la Société les appareils nécessaires à cette préparation. La technique à suivre est celle qui est indiquée dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 23 février 1892.

On prépare un extrait de testicules de cobayes dans de la glycérine pure dont le point d'ébullition doit être d'au moins 140 degrés.

Puis on filtre cet extrait au filtre Chamberland, grâce à une pression de 50 atmosphères que l'on obtient avec de

Digitized by Google

l'acide carbonique liquide. M. d'Arsonval a observé qu'à cette pression l'acide carbonique jouissait de propriétés stérilisantes.

M. Jacquet prépare une liqueur normale au 1/10 et des dilutions au 1/20, au 1/30 et au 1/40, et il les conserve dans des tubes de 1 cent. cube stérilisés et scellés à la lampe.

M. Robin, à propos de la communication de M. Jacquet, rappelle à la Société qu'il a traité un malade atteint de myxœdème au moyen d'injection de suc thyroïdien ; il a fait également à son malade une greffe d'un corps thyroïde ; or cet enfant va sensiblement mieux. Depuis cette époque, M. Robin a eu à soigner un autre malade qui lui avait été adressé par M. Colrat, il a observé également une légère amélioration.

M. Icard communique à la Société une observation de Mackenzie dans laquelle l'auteur a obtenu un bon résultat en donnant des corps thyroïdes à manger à son malade.

M. Grandclément. Si l'on peut obtenir de bons effets de l'ingestion de corps thyroïdes, il ne paraît pas en être de même lorsqu'on absorbe par la voie gastrique le suc testiculaire. Dans ce cas l'injection sous-cutanée seule donne quelques résultats. M. Grandclément à eu à se louer du liquide préparé par M. Jacquet, qu'il a expérimenté récemment chez des ataxiques.

M. Rodet croit également que la méthode que vient d'exposer M. Jacquet est éminemment scientifique. La glycérine est un puissant extracteur des substances albuminoïdes contenues dans l'intérieur même des cellules. Les avantages de l'appareil d'Arsonval tiennent aussi à la constitution de la bougie qui n'est pas en kaolin comme celle de Chamberland, mais bien en albumine pure.

M. Rodet voudrait que l'on abandonnât la dénomination de spermine donnée par Peuhl à un produit cristalisé extrait du liquide testiculaire et qui n'est pas le principe essentiel actif du suc du testicule.

M. Bard signale un fait qu'il a observé récemment et qui prouve l'action tonique du liquide testiculaire. Il a vu un malade atteint de cancer de l'estomac et présentant une anémie telle que l'on avait songé un moment à de l'anémie pernicieuse. Il n'y avait en effet que 800,000 globules, et l'état de faiblesse du malade était tel qu'il prenait une syncope dès qu'il s'asseyait. Or les injections du liquide testiculaire amenèrent une amélioration considérable, le chiffre des globules remonta à 3,400,000, et le malade ne succomba à son cancer qu'après une période d'un mois durant laquelle il avait été manifestement amélioré.

Lorsque l'apparition de ganglions sus-claviculaires eut fait établir avec certitude le diagnostic de cancer, on cessa les injections, et le malade déclina radidement. A l'autopsie on trouva un cancer.

Digitized by Google

M. Robin rappelle le procédé tout personnel qu'il emploie dans la confection du suc thyroïdien pour le traitement du myxœdème. Ce procédé, décrit par M. Robin dans une communication antérieure, consiste essentiellement dans l'expression, entre les mors d'une pince stérilisée, de corps thyroïdes de moutons cueillis récemment à l'abattoir et conservés dans une solution phéniquée.

M. Clément pratique depuis trois mois dans son service de l'Hôtel-Dieu des injections du liquide de Brown-Séquard. Les résultats obtenus ont été en général très favorables. Trois ataxiques ont éprouvé une amélioration des plus notables portant surtout sur la motricité ; le liquide testiculaire est sans action sur les douleurs fulgurantes. Tout récemment, M. Clément a pu constater l'action favorable du liquide testiculaire dans un quatrième cas d'ataxie ; il s'agit d'une femme qui ne pouvait plus quitter son lit ; on lui fit d'abord des injections de substance médullaire qui ne furent suivies d'aucun succès ; on passa ensuite aux injections de suc testiculaire à la dose de deux par semaine. Après six injections, la malade pouvait marcher dans la salle et parlait même de descendre au promenoir.

M. Clément a encore appliqué le traitement à un malade atteint d'hémiparaplégie avec atrophie (myélite des cornes antérieures). Le début remonte à sept ans. La marche de l'affection a été progressive. A son entrée dans le service, le malade ne pouvait soulever son pied au-dessus du plan du lit. On lui a fait une douzaine d'injections, et maintenant il peut soulever un poids de 4 kilog. avec le talon. Du côté sain, il soulève un poids de 8 kilog. Il a donc récupéré environ la moitié de sa puissance musculaire du côté malade.

M. Clément peut encore signaler une action tonique manifeste obtenue par les injections de suc testiculaire chez une convalescente de fièvre typhoïde à rechute.

Dans un cas de contracture hystérique, chez une jeune fille, il a eu un résultat heureux avec du suc ovarique. Mais là peut-être la suggestion pourrait être invoquée.

M. Granclément a fait des injections de suc testiculaire à un malade qui était à la période préataxique et qui n'avait que des douleurs fulgurantes. Le résultat fut nul.

Dans un cas de neurasthénie complète, M. Grandclément a pratiqué des injections de cérébrine. L'opération fut répétée six fois et ne fut suivie d'aucune amélioration ; bien plus, après chaque injection le malade resta comme paralysé pendant douze à vingt-quatre heures.

Pour expliquer ce fait, M. Grandclément émet l'hypothèse que le liquide employé provenait d'une matière cérébrale recueillie en dehors des zones motrices de l'encéphale.

M. Clément signale un fait qui intéressera les ophtalmologistes. C'est

Digitized by Google

le cas d'un homme de 60 ans, presbyte, qui a recouvré une partie de son pouvoir accommodateur grâce aux injections de suc testiculaire.

M. Granclément raconte que le neurasthénique auquel il faisait allusion tout à l'heure s'est fait faire une laparotomie et que depuis lors son état s'est sensiblement amélioré.

M. Icard, à l'occasion du fait rapporté par M. Grandclément, cite un cas curieux publié le mois dernier dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* et relatif à une tumeur syphilitique du foie guérie par une laparotomie exploratrice.

Dans ce fait rapporté par M. Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, il s'agissait d'un enfant de deux ans et quatre mois dans un état de dépérissement extrême et ayant une volumineuse tumeur descendant depuis les côtes jusque dans la fosse iliaque droite.

Une laparotomie exploratrice est pratiquée et permet de reconnaître que la tumeur était le foie lui-même avec des marbrures violacées ; dans l'épiploon gastro-hépatique, et sous le péritoine pariétal existaient de nombreux ganglions hypertrophiés. L'un d'eux enlevé et examiné fut caractérisé de sarcome diffus. Avant de fermer le ventre, on fit deux ou trois ponctions dans le foie qui ne donnèrent rien.

Dès le troisième jour, l'enfant a repris de la gaîté et de l'appétit et l'on a de la peine à le garder au lit. L'enfant engraisse et l'on remarque une notable diminution du volume du foie. Deux mois et vingt jours après l'opération, l'enfant était tout à fait guéri et le foie ne dépassait plus les fausses côtes.

Quelques jours plus tard apparurent presque simultanément trois gommes : une frontale, deux sur le cuir chevelu. Le doute n'était plus permis, un traitement antisyphilitique fut institué, mais alors que le foie était redevenu normal.

M. Mayet constate qu'on ne peut absulument donner aucune explication rationnelle des succès obtenus par les injections de Brown-Séquard. Il faut s'incliner devant les faits.

M. Bard a relaté lui-même dans une séance précédente une observation favorable à la méthode de Brown-Séquard. Il demande à M. Clément si, dans les cas qu'il a rapportés, la suggestion n'a pas joué un certain rôle. Dans les salles d'hôpital il y a lieu de se méfier, lorsqu'on inaugure une médication nouvelle ; il est incontestable que les malades se suggestionnent les uns les autres.

M. Clément répond que la suggestion est inadmissible ; on fait dans son service un grand nombre d'injections hypodermiques et les malades ignorent la nature du liquide qu'on leur injecte.

M. Bard. Ce n'est pas seulement dans les névroses que la suggestion peut jouer un grand rôle, cela se voit aussi chez les sujets atteints d'affec-

Digitized by Google

tions organiques des centres nerveux. Les ataxiques, par exemple, sont éminemment suggestionnables. On connaît le cas de cet ataxique qu ayant trébuché dans un escalier, ne pouvait plus passer par ce même escalier sans tomber de nouveau.

M. MAYET. Grâce aux journaux, les malades de nos hôpitaux sont parfaitement au courant des succès obtenus par la mélhode de Brown-Séquard. Il croit aussi que les fonctions de la moelle peuvent être modifiées par la suggestion, alors même qu'il y a sclérose.

PATHOGÉNIE DES CONTRACTURES DU TÉTANOS.

Par MM. J. COURMONT et M. DOYON.

(*Travail des laboratoires de M. Arloing et de M. Morat.*)

Comment agit la toxine tétanisante du bacille de Nicolaïer? Tel est le point inexploré de l'étude du tétanos que MM. Courmont et Doyon ont tenté d'élucider. Leurs résultats ont déjà été communiqués au Congrès de physiologie en août 1892.

Le plan des auteurs a été de rechercher méthodiquement, d'une façon analytique sur quelle portion du muscle ou de l'arc nerveux agit la toxine pour engendrer la contracture.

Ils ont au cours de leurs expérience confirmé certaines données générales sur les propriétés du bacille de Nicolaïer et de ses substances solubles en opérant comme les autres auteurs sur le lapin et le cobaye. En plus, l'inoculation d'autres espèces telles que le *chien*, le *cheval*, l'*âne*, la *grenouille*, et spécialement de cette dernière, leur ont permis d'étendre notablement nos connaissances sur le tétanos expérimental. C'est ainsi que chez les solipèdes, les contractures ne débutent pas par la région inoculée, comme cela a toujours lieu chez les autres animaux, mais s'attaquent d'abord à certains muscles de prédilection. Voilà des faits expérimentaux à rapprocher des observations cliniques où le trismus est chez l'homme le premier symptôme du tétanos. Chez la grenouille, animal moins élevé dans l'échelle zoologique que les animaux précédents, la fibre musculaire est plus résistante, ne s'altère pas par le fait de la contracture, et

Digitized by Google

différents problèmes de pathogénie ne peuvent être résolus qu'avec un batracien.

Voici maintenant le résumé des expériences portant sur la pathogénie des contractures.

Le curare fait disparaître les contractures tétaniques chez le lapin, la grenouille, etc.; la contracture n'est donc pas le fait d'une action directe de la toxine sur la fibre musculaire.

La section de la totalité des nerfs moteurs d'un membre, la destruction de la moelle, l'action des anesthésiques empêchent les contractures de se produire ou les guérissent si on opère dans certaines conditions. La toxine tétanique n'agit donc pas plus sur le nerf moteur lui-même que sur la fibre musculaire.

La section des racines rachidiennes postérieures correspondant à un membre empêchent les contractures de s'y développer ou les font disparaître si l'inoculation a précédé la vivisection. La toxine n'agit donc pas sur la moelle, mais bien sur les nerfs périphériques sensitifs. La contracture est un réflexe.

La section du nerf sensitif du muscle sterno-maxillaire chez le cheval suivie de l'inoculation de la toxine dans ce muscle, devait constituer une expérience schématique; malheureusement chez le cheval la contracture ne débute pas par le muscle inoculé.

Chez les mammifères, si la contracture dure depuis trop longtemps, certains muscles (tels que le triceps du lapin) s'altèrent et restent fixés dans leur contracture, ont perdu toute contractilité. Cette altération ne se voit pas chez des grenouilles tétaniques depuis très longtemps.

M. Autokrctow a publié postérieurement à MM. Courmont et Doyon un travail avec des conclusions identiques; malheureusement les expériences qu'il cite à l'appui sont fausses ou ne plaident pas en faveur des conclusions.

Voici textuellement les conclusions du travail de MM. Courmont et Doyon :

1° Les contractures tétaniques ne reconnaissent pas pour

Digitized by Google

cause essentielle une action directe du poison tétanique sur la fibre musculaire, ou sur les nerfs moteurs, ou sur les centres nerveux médullaires.

2° Elles sont le fait d'un réflexe produit par l'action du poison tétanique sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs.

3° Chez les mammifères, certains muscles, en état de contracture *depuis un temps suffisant*, peuvent subir des altérations qui leur font conserver cet état après la neutralisation de l'influence nerveuse.

4° Ce phénomène, qui pourrait induire en erreur pour l'interprétation des phénomènes tétaniques, ne s'observe pas chez la grenouille.

M. Mayet demande si les auteurs ont constaté des lésions médullaires chez leurs animaux, lésions qui existent incontestablement chez l'homme.

M. Courmont répond que les moelles n'ont pas été examinées, mais qu'elles étaient physiologiquement saines, puisque la section des racines sensitives fait disparaître le tétanos.

M. Dor rappelle qu'il a observé des animaux tétaniques avec une hypothermie considérable (+ 32°) et demande si on connaît une toxine hypothermisante du bacille de Nicolaïer.

M. Courmont. L'hyperthermie est habituelle et ne dépend pas des contractures, ainsi que MM. Arloing et Tripier l'ont dit depuis longtemps. Le bacille de Nicolaïer sécrète plusieurs toxines dont l'une est tétanisante, dont d'autres ont des effets variés que MM. Courmont et Doyon sont en train d'étudier. Il y en a une hyperthermisante ; il peut dans certains cas en exister une hypothermisante. Les variations de la température dépendent des toxines et non des contractures.

KÉRATOSE CONGÉNITALE.

M. Augagneur présente une malade de son service de l'Antiquaille. C'est une petite fille âgée de 10 ans, atteinte d'une affection congénitale de la peau.

Au point de vue de la forme élémentaire de la lésion, l'affection dont il s'agit peut être comparée à de petites verrues. Celles-ci sont dispersées sans ordre apparent sur la moitié droite du corps. La face est indemne. On constate des

Digitized by Google

groupes de verrues dans les régions suivantes : aisselle, pli du coude, face antérieure du grand pectoral, partie externe des pouces, creux poplités. A noter également : pigmentation légère au niveau du mollet.

Une de ces productions a été excisée et soumise à l'examen microscopique, lequel a démontré qu'il s'agissait d'une kératose.

Cette affection est peu commune ; il y a cependant dans la littérature médicale un certain nombre de cas semblables ; les petites tumeurs siègent en général sur le trajet des nerfs. L'observation actuelle figure avec tous ses détails dans la thèse récente de M. Mathieu.

TUBERCULOSE CHIRURGICALE ; MALADIE D'ADDISON ; GREFFE DE CAPSULES SURRÉNALES.

M. Bérard, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Augagneur.

Le sujet était âgé de 12 ou 14 ans. Dans sa première enfance, il avait eu une coxalgie et plus récemment une synovite fongueuse de la gaine des extenseurs. Simultanément s'était produite une pigmentation de tout le tégument. On remarquait également des plaques brunes sur les muqueuses. M. Augagneur a pratiqué chez ce malade des greffes de capsules surrénales de chien. Celles-ci ont été insérées dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen. La mort est survenue le troisième jour après l'opération ; elle fut précédée de fièvre, de convulsions, puis de coma.

A l'autopsie, on a trouvé un peu de pus autour des greffes, et un semis de granulations toutes récentes sur tous les organes abdominaux et sur la face inférieure du diaphragme. La capsule surrénale droite présente un point caséeux ; la capsule gauche est entièrement caséeuse. Quelques tubercules aux sommets des poumons

Digitized by Google

M. Augagneur. Cet enfant est mort d'une poussée tuberculeuse suraiguë survenant après l'intervention, L'observation est intéressante à plusieurs points de vue. La maladie d'Addison est rare dans l'enfance. En second lieu il n'est pas commun de voir ce syndrome compliquer la tuberculose chirurgicale locale. Ordinairement la maladie bronzée se montre au cours de la tuberculose pulmonaire.

M. Jaboulay a vu l'an dernier, dans le service de M. Ollier, une maladie d'Addison chez un sujet âgé de 16 ans et atteint d'arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne.

M. Mayet, à propos de la pathogénie de la maladie bronzée, fait remarquer que la théorie de Martineau n'est plus acceptée. Elle a de nouveau fait place à celle de Brown-Séquard.

PÉRITONITE ENKYSTÉE ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

M. Rendu présente une femme de 27 ans qu'il a opérée le 5 octobre dernier par la laparotomie pour une énorme suppuration péritonéale enkystée (3 litres). Il ne s'agissait pas d'une péritonite tuberculeuse, mais d'une péritonite franche, datant de six mois, survenue chez une femme de la campagne au troisième jour de ses couches. L'épanchement occupait exclusivement l'abdomen et non l'excavation ; il remontait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, plus saillant à droite qu'à gauche. Toutes les médications *intus et intra* avaient été vainement employées ; une fièvre continue de 39° à 40° minait la malade qui, profondément émaciée, avait en plus de la diarrhée et des vomissements quotidiens. C'est dans ces conditions qu'elle fut opérée. Elle est actuellement guérie.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

DES

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

POUR L'ANNÉE 1892

L'épidémie actuelle de grippe, par M. FIESSINGER..... 3
Nouvelle minerve plâtrée; description, application, avantages de cet appareil, par M. GANGOLPHE..... 11
Tumeurs multiples de la peau; épithélioma et idradénome, par MM. Ch. AUDRY et NOVÉ-JOSSERAND..... 24
Trois bassins à double ankylose scro-iliaque, dont un avec rétrécissement antéro-postérieur, par M. SABATIER..... 35
Note sur les souffles veineux continus de la région sus-ombilicale, par M. J. AUDRY..... 52
Myxœdème congénital traité par des injections de suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes, par M. ROBIN..... 65
Hypertrophie prostatique, cystostomie, par M. GANGOLPHE..... 74
Note sur un monstre double humain du genre ectopage, par MM. VIALLETON et ADENOT..... 82
Note sur un cas d'haphéphobie, par MM. WEILL et LANNOIS..... 91
Remarques sur la qualité de l'eau des puits tubulaires habituellement mélangée à des particules sablonneuses, par M. FRENKEL.. 98
De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales, par M. CONDAMIN..... 110
Sur les verres de contact, par M. H. DOR..... 118
Suites éloignées des ablations des annexes pour salpingo ovarite, par M. GOUILLIOUD..... 123
Diabète maigre avec intégrité du pancréas; ferment glycolytique et ferments saccharifiants dans le diabète, par M. LÉPINE..... 130
Refoulement du cœur à droite et dextrocardie congénitale, par M. BARD..... 135

Digitized by Google

Nouveau cas de chorée héréditaire, par MM. Lannois et Chapuis. 151
Des goîtres exophtalmiques secondaires ou symptomatiques, par M. G. Gauthier 165

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES PENDANT L'ANNÉE 1892 (1).

A

	M.	C. R.
Acromégalie (un cas d') par M. Bard		33
— Discussion par M. Dor		33
Actinomycose, par M. L. Dor		166
— Discussion par MM. Poncet, Augagneur et Lannois		166
Adénopathie trachéo-bronchique, par M. Delore		194
— Discussion par MM. Josserand, Poncet et Bard		194
Adhérences des piliers postérieurs au pharynx, libération, appareil prothétique, guérison, par M. Albertin		175
Air expiré dans différents endroits de la même ville (du poison contenu dans l'), par M. Kohos		128
Alcaloïdes (sur l'action antiseptique des), par M. Cadéac		75
— Discussion par MM. Guinard, Mayet et Dor		76
Allaitement artificiel (sur la stérilisation du lait pour l'), par M. Rodet		213
Alumnol (de l'), par M. Éraud		149
Amygdalites blanches, par M. Icard		100
— Discussion par MM. Bard et Courmont		102
Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux et de l'artère carotide interne, par M. Durbesson		24
— Discussion par MM. Gayet, Mayet et Vallas		25
Ankylose de la mâchoire, résection des condyles, par M. Vallas		27
— Discussion par MM. Gangolphe, Gayet, Mayet et Vallas		27
Ankylose sacro-iliaque (trois bassins à double), par M. Sabatier	35	

(1) Abréviations : M. (Mémoires) ; C. R. (Comptes-Rendus).

Digitized by Google

	M.	C. R.
Annexes pour salpingo-ovarite (suites éloignées des ablations des), par M. Goullioud	123	
Astigmatisme hypermétropique considérable et simulant l'amaurose, survenu à la suite d'une brûlure du tiers interne de la cornée (un cas d'), par M. Grandclément		14
B		
Bacterium coli commune et bacille d'Eberth, par M. Rodet		53
Bains froids (tétanos traité par les), par M. Rivière		95
Bain froid (sur l'action du), par M. Lépine		122
Bassins à double ankylose sacro-iliaque (trois), dont un avec rétrécissement antéro-postérieur, par M. Sabatier	35	
C		
Calcul vésical (feuille de vigne constituant le noyau d'un), par M. Repelin		178
Calcul oblitérant le canal cystique, par M. J. Audry		50
Calcul vésical, par M. Gangolphe		152
— Discussion par MM. Aubert, Ch. Audry, Poncet, Bron et Gangolphe		153
Calcul vésical, par M. Augagneur		161
Calculs biliaires volumineux, par M. J. Audry		185
— Discussion par MM. Mayet et Audry		186
Cancer de l'estomac, gastrostomie, par M. Pauly		42
Cancer de l'estomac et gastro-entéro-anastomose, par M. Rivière		92
Cancer du pylore, par M. Commandeur		92
Cancer du rein, par M. Rivière		168
Cancer du corps de l'utérus, par M. L. Dor		168
Cancer du corp thyroïde, par M. L. Dor		169
— Discussion par M. Poncet		169
Cancer secondaire du foie, par M. Arthaud		176
Cancroïde de la lèvre supérieure, par M. Jamin		116
Cerveau (ossification de la faux du), par M. Paret		135
Champignon du muguet dans l'air des salles de malades (recherche du), par M. G. Roux		204
Chancres sous phimosis (traitement des), par M. Cordier		35
— Discussion par M. Aubert		37
Charbonneuse (influence du système nerveux sur l'évolution de l'infection), par M. Frenkel		119
Chlorose, phlegmatia, mort subite, par M. J. Audry		200
— Discussion par MM. Poncet, Fochier, Mayet et Audry		201

Digitized by Google

	M.	C. R.
Chopart (amputation de), par M. Nové-Josserand		63
Chorée et érysipèle, par M. Kohos		145
Chorée et de l'épilepsie par des produits microbiens (traitement de la), par M. Lannois		146
Chorée héréditaire (nouveau cas de), par MM. Lannois et Chapuis	151	
Cœur (plaie du), par M. Nové-Josserand		3
Cœur monstrueux, par MM. Lesbre et Guinard		51
Cœur (maladie du), par M. Aurand		82
Cœur (maladie du), par M. Siraud		100
Cœur (maladie du); lésions des deux orifiées auriculo-ventriculaires, par M. Lyonnet		103
Corps étranger de la vessie, par M. Bron		187
— Discussion par MM. Augagneur, H. Mollière, Cordier, Poncet et Rafin		189
Criptorchide hypospade atteint de blennorrhagie et d'épididymite, par M. L. Dor		65
— Discussion par MM. Cordier et Dor		66
Cystite avec hématurie à la suite d'une injection d'eau sédative, par M. Martel		89
Cystostomie, hypertrophie prostatique, par M. Gangolphe	74	

D

Dermatol (à propos du), par MM. Guinard et Cadéac		44
— Discussion par MM. Roux, Cordier et Guinard		45
Désarticulation sous-astragalienne et opération de Pirogoff, par M. Nové-Josserand		63
— Discussion par M. Poncet		64
Désarticulation inter-scapulo-thoracique, par M. Rivière		144
Dextrocardie congénitale et refoulement du cœur à droite, par M. Bard	135	
Diabète chez les paludéens, par M. Kohos		52
Diabète (sur la pathogénie du), par M. Lépine		91
Diabète maigre avec intégrité du pancréas, ferment glycolytique et ferments saccharifiants dans le diabète, par M. Lépine	130	
Diphtérie (note sur un cas de contagion de la), par M. Lemoine		170
— Discussion par MM. Bard et Mayet		174

E

Eau des puits tubulaires habituellement mélangée à des parti-

Digitized by Google

	M.	C. R.
cules sablonneuses (remarques sur la qualité de l'), par M. Frenkel	98	
Ectopage (monstre double humain du genre), par MM. Vialleton et Adenot	82	
Ectopie congénitale du rein, par M. Nové-Josserand		4
— Discussion par MM. Mayet, Sabatier et Nové-Josserand.		4
Ectopie testiculaire et hernie congénitale, par M. Rivière		127
Embolie et rétrécissement mitral, par M. Porte		43
Embolie au 15e jour après un accouchement (mort subite par), par M. Villard		177
Enchondro-fibrome de la lèvre supérieure, par M. G. Roux		16
Endocardite végétante, par M. Leclerc		124
Endocardite primitive de la valvule tricuspide (à propos d'un cas d'), par MM. Leclerc et Collet		157, 190
Épanchements pleuraux (de la thoracentèse dans les), par M. Mouisset		106
Épidémie actuelle de grippe (l'), par M. Fiessinger	3	
Épilepsie jacksonnienne, par M. Paliard		88
— Discussion par MM. Augagneur et Mayet		88
Épilepsie par les médicaments convulsivants (traitement de), par M. Pierret		112
Épilepsie par des produits microbiens (traitement de la chorée et de l'), par M. Lannois		146
Épingle à cheveux et calcul, par M. Aubert		161
Épithélioma et idradénome; tumeurs multiples de la peau, par MM. Ch. Audry et Nové-Josserand	24	
Épithélioma de la lèvre inférieure, par M. Gangolphe		137
Érysipèle et chorée, par M. Kohos		145
Estomac (perforation de l'), par M. Lathuraz		202

F

Ferment glycolytique et ferments saccharifiants dans le diabète, par M. Lépine	130	
Fœtus hydrocéphale, par M. Villard		219

G

Gastrostomie pour cancer de l'estomac, par M. Pauly		42
— Discussion par MM. Cordier et Poncet		42
Glycolyse du sang contenu dans une veine fermée à ses deux bouts (sur la), par MM. Lépine et Barral		59
Goître (théorie infectieuse du), par M. Rivière		71

Digitized by Google

	M.	C. R.
Goîtres exophtalmiques secondaires ou symptomatiques (des), par M. Gauthier	163	
Goître kystique chez une petite fille, ablation complète de la tumeur, par M. Lyonnet		74
Gomme du méat urinaire, par M. Pauly		21
Grippe (l'épidémie actuelle de), par M. Fiessinger	3	
Grippe au lapin (inoculation de la), par M. G. Roux		48
Grippe (sur quatre cas de), par M. Lépine		83
— Discussion par MM. G. Roux, Teissier et Mayet		83
H		
Haphéphobie (note sur un cas d'), par MM. Weill et Lannois.	91	
Hermaphrodisme apparent chez un bœuf, par M. Guinard		201
Hernies ombilicales (de l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des), par M. Condamin	110	
Hernie congénitale et ectopie testiculaire, par M. Rivière		127
Hernie (cure radicale de), par M. Petouraud		220
Hoquet persistant, drap mouillé, guérison, par M. Chambard-Hénon		117
Hyperkynésie du spinal, par M. Bonnet		5
Hypertrophie congénitale des extrémités, par M. Bonnet		7
Hypertrophie prostatique, cystostomie, par M. Gangolphe	74	
Imperforation de l'hymen (rétention des règles par), par M. Adenot		34
— Discussion par M. Rendu		35
Inoculation de la grippe au lapin, par M. G. Roux		48
K		
Kératose congénitale, par M. Augagneur		226
Kyste de l'ovaire de consistance dure, coexistant avec des métrorrhagies et anciennement pris pour un fibrome, opération, guérison, par M. Rendu		12
Kyste de l'ovaire, par M. Favre		7
Kyste hydatique du muscle grand dentelé, par M. Collet		179
— Discussion par MM. Poncet, Augagneur et Lépine		179
Kyste hydatique de la plèvre, par M. Porte		49
Kyste du ligament large droit, opération, guérison, par M. Rendu		183
Kyste thyroïdien, par M. Nové-Josserand		38

Digitized by Google

M. C. R.

L

Lait pour l'allaitement artificiel (sur la stérilisation du), par M. Rodet 213
Liqueur testiculaire (préparation de la), par M. Jacquet..... 220
Luxation double de la rotule d'origine spontanée, par M. Ch. Audry 18
Lysol (du naphtocrésol et du), par MM. Cadéac et Guinard.. 76

M

Mâchoire (ankylose de la), résection des condyles, par M. Vallas..... 27
Mal de Pott lombaire avec abcès, par M. Perriol..... 116
Maladie de Little; ténotomie des tendons d'Achille, par M. Lyonnet 73
Médicaments convulsivants (traitement de l'épilepsie par les), par M. Pierret..... 112
Mélancolie avec stupeur, suite d'influenza; hypothermie; méningo-encéphalite infectieuse à l'autopsie, par M. Paret.... 139
— Discussion par M. Pierret..... 143
Microcidine, par M. Guinard 87
Minerve plâtrée (nouvelle); description, application, avantages de cet appareil, par M. Gangolphe..... 11
Molluscum contagiosum, par M. Ch. Audry 50
Monstre célosomien, par M. Guinard..... 60
Monstre double humain du genre ectopage (note sur un), par MM. Vialleton et Adenot..... 82
Monstres célosomiens (présentation de deux squelettes de), par M. Guinard 131
Morue ladrique, par M. Guinard 198
Myxœdème congénital traité par des injections hypodermiques du suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes, par M. Robin..... 65
Myxo-sarcome, ligature de la veine fémorale, guérison, par M. Chapuis. 93

N

Naphtocrésol et du lysol (du), par MM. Cadéac et Guinard... 76
Néphropexie; rein flottant douloureux, par M. Rivière..... 45
Néphrotomie, par M Cotsos..... 186
— Discussion par MM. Gangolphe, Rafin et Mayet..... 187

Digitized by Google

M. C. R.

Neurasthénie avec troubles visuels, par M. Grandclément.... 56
Névrite périphérique ; mouvements involontaires, par M. Lépine..... 90

O

Obstruction artérielle au cours d'une fièvre typhoïde chez un enfant, par M. Sallès.. 206
— Discussion par MM. Poncet et Colrat..... 212
Omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales (de la), par M. Condamin.. 110
Opération césarienne (deux cas d'), par M. Fabre..... 66
Ossification de la faux du cerveau, hémorrhagie du cervelet, par M. Paret..... 135
Ostéo-sarcome du tibia, par M. Deydier..... 10
Ostéo-sarcome du tibia, par M. Chapuis... 22
Ostéo-arthrite hypertrophique infectieuse produite expérimentalement chez le lapin (sur une), par M. L. Dor..... 28
Ovaire (kyste de l'), par M. Favre 7

P

Paludéens (diabète chez les), par Kohos..... 52
Pancréatite hémorrhagique, par M. Lépine..... 156, 162
Paralysie du bras consécutive à une attitude vicieuse, par M. Lyonnet 123
— Discussion par MM. Lépine, Augagneur, Aubert, Lannois et Lépine..... 123
Péricardite purulente, par M. Lyonnet..... 163
Péritonite enkystée ; laparatomie, guérison, par M. Rendu.. 228
Photographies stéréoscopiques de pièces anatomiques, par M. Garel..... 116
— Discussion par MM. Arloing et Garel..... ... 116
Pied bot varus équin traité avec succès par la tarsothripsie (double), par M. Lyonnet..... 130
Pied bot à traiter par la tarsotripsie, par M. Laurençon..... 130
Plaie du cœur, par M. Nové Josserand..... 3
Plaie de l'artère et de la veine humérale, par M. Chapuis... 95
Plèvre (kyste hydatique de la), par M. Porte..... 49
Pneumonie traitée par la méthode de Fochier, par M. Lépine 32
— Discussion par M. Arloing 33
Poison contenu dans l'air expiré en différents endroits de la même ville (étude expérimentale sur le), par M. Kohos... 128

Digitized by Google

	M.	C. R.
Population de la Gaule et de Lugdunum, par M. H. Mollière.		84
Puits tubulaires habituellement mélangée à des particules sablonneuses (remarques sur la qualité de l'eau des), par M. Frenkel	98	
Purpura simplex (toxicité de l'urine dans le), par M. Kohos..		88
Pyonéphrose, par M. Lagoutte		199
R		
Ramollissement cérébral d'origine ischémique, par M. Devay.		103
— Discussion par M. Pierret		105
Refoulement du cœur à droite et dextrocardie congénitale, par M. Bard	135	
Règles par imperforation de l'hymen (rétention des), par M. Adenot		34
Rein (ectopie congénitale du), par M. Nové-Josserand		4
Rein flottant douloureux ; néphropexie, guérison, par M. Rivière		45
— Discussion par MM. Rafin et Poncet		47
Réinfection syphilitique, par M. Pauly		21
— Discussion par MM. Aubert, Icard et Cordier		22
Résection atypique du coude, par M. Perroud		128
— Discussion par MM. Aubert et Poncet		128
Rétention d'urine ; gastrostomie, par M. Martel		90
Rétrécissement mitral et embolies, par M. Porte		43
Rotule d'origine spontanée (luxation double de la), par M. Ch. Audry		18
S		
Salpingites doubles avec utérus en rétroversion, extirpation, par M. Nové-Josserand		163
— Discussion par MM. Goullioud, Cordier et Augagneur..		163
Salpingo-ovarites (suites éloignées des ablations des annexes pour), par M. Goullioud	123	
Scarlatine ; hoquet persistant ; drap mouillé ; guérison, par M. Chambard-Hénon		117
Souffles sus-ombilicaux, par M. J. Audry		50
Souffles veineux continus de la région sus-ombilicale, par M. J. Audry	52	
Spéculum du docteur Laroyenne, par M. Repelin		202
Spina bifida énorme, par M. Poncet		64
Spina bifida, par M. Durand		66

Digitized by Google

	M.	C. R.
Stigmates professionnels des tireurs d'or, par M. Lyonnet...		155
— Discussion par MM. Lannois et E. Rollet.....		156
Streptocoques puerpéraux (lésions du tibia avec déplacement de la rotule déterminée par une injection de), par M. L. Dor		19
Sucre dans le foie des nouveau-nés (du), par MM. Colrat et Fochier		196
Syringomyélie, par M. Lépine		180

T

Tabes syphilitique précoce, par M. Pauly		67
Tabes spasmodique infantile (maladie de Little), ténotomie des tendons d'Achille, par M. Lyonnet.....		73
Tarsothripsie (double pied bot varus équin traité avec succès par la), par M. Lyonnet.....		74
Testiculaire (préparation de la liqueur), par M. Jacquet.....		220
— Discussion par MM. Robin, Icard, Grandclément, Rodet, Bard, Clément et Mayet.....		221
Tétanos traité par les bains froids, par M. Rivière.....		95
— Discussion par MM. Augagneur, Mayet et Rivière.....		96
Tétanos (sur un cas de), par M. Lépine.....		97
— Discussion par MM. Mayet et Lépine.....		98
Tétanos (pathogénie des contractures du), par MM. Courmont et M. Doyon.....		224
— Discussion par MM. Mayet, L. Dor et Courmont.....		226
Thoracentèse dans les épanchements pleuraux, par M. Mouisset		106
— Discussion par MM. Lépine, H. Mollière et Mayet.....		110
Thyrédectomie, par M. Nové-Josserand		48
Thyroïdectomie, par M. Coignet		206
— Discussion par MM. Fochier, Poncet et Coignet.....		206
Trépanation pour une fracture du frontal, par M. Chapuis...		95
Tuberculose chirurgicale; maladie d'Adison; greffes de capsules surrénales, par M. Bérard.....		227
— Discussion par MM. Augagneur, Jaboulay et Mayet....		228
Tumeurs multiples de la peau; épithélioma et idradénome, par MM. Ch. Audry et Nové-Josserand.....	24	
Tumeur de la vessie, par M. Rafin.....		39
Tumeur des os du crâne, par M. Nové-Josserand.....		65
— Discussion par MM. Icard, Poncet, Dor et Josserand...		65
Tumeur érectile énorme de la face, par M. Villard.....		90
Tumeur vésicale, par M. Augagneur.....		195
Tumeur épithéliale du type sébacé, par M. Lagoutte.....		216
— Discussion par MM. L. Dor, Bard, Poncet et Mayet.. .		216

Digitized by Google

M. C. R.

U

Urine dans le purpura simplex (toxicité de l'), par M. Kohos. 88

V

Végétations du vagin et du col utérin, par M. Aubert..... 15
— Discussion par MM. Goullioud, Marduel et Aubert.... 16
Verres de contact (sur les), par M. H. Dor..... 118
Vessie (tumeur de la), par M. Rafin..... 39
Vessie (tuyau de pipe extrait de la), par M. Albertin..... 175
Vessie (résultats éloigné et récent de l'intervention pour tumeurs de la), par M. Rafin..... 181
Vessie (canule en os extirpée de la), par M. Repelin..... 197

Digitized by Google

3

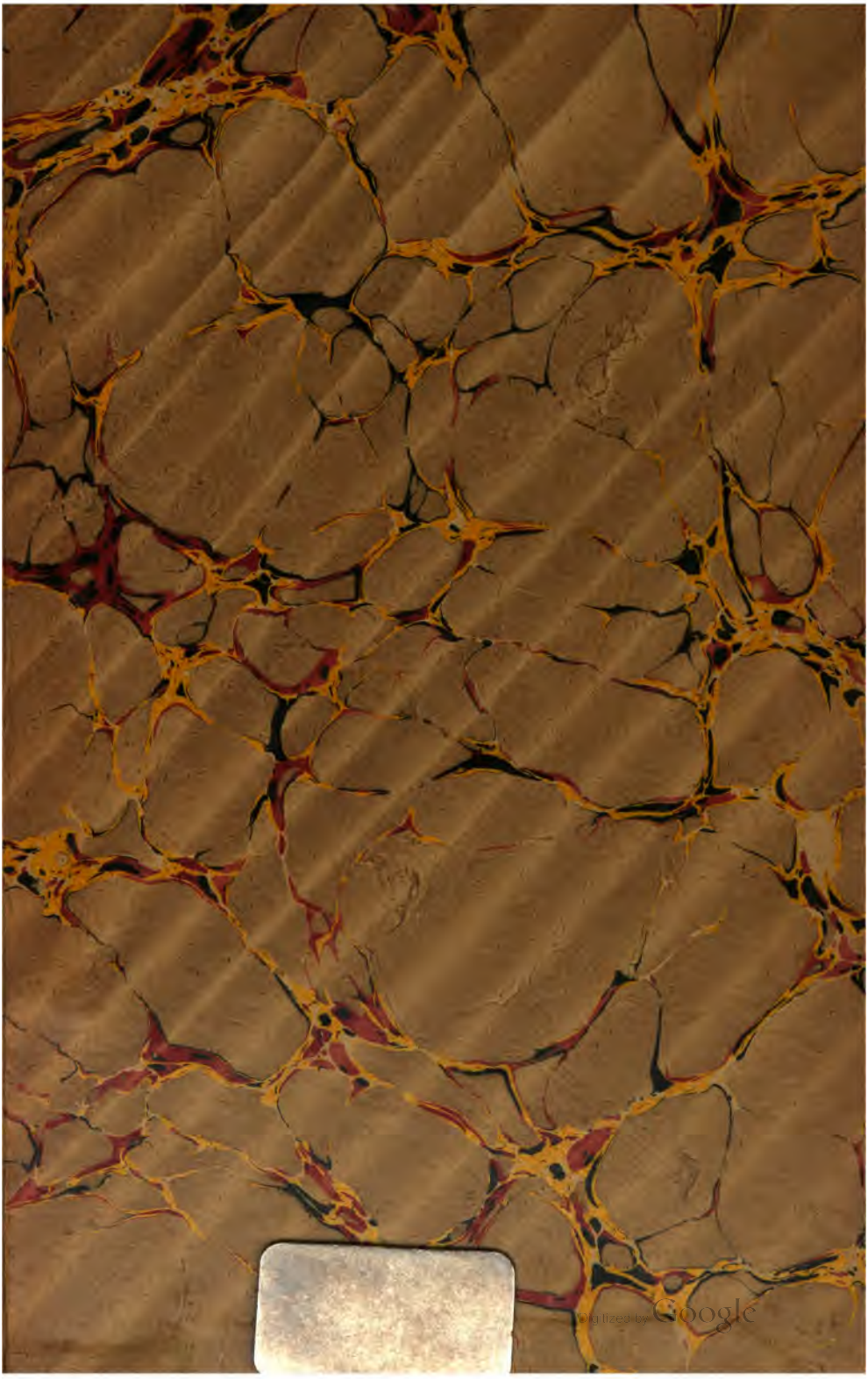
224
226
106
110
48

Digitized by Google

HB 543

Digitized by Google

Digitized by Google


Digitized by Google

3 2044 103 029 112

Digitized by Google